



Kursbeskrivning:

Suicidprevention ur kognitivt perspektiv

Beskrivningen är baserad på den ansökan som har godkänts av IPULS.

Målgrupp. Kursen riktar sig till psykiatrer och andra läkare, psykoterapeuter, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, mentalskötare och andra som i sitt arbete har kontakt med suicidala patienter och/eller arbetar för att utveckla suicidprevention. Har de handledar- och utbildningsansvar är det värdefullt.

Tid: 27-29 februari, 19-20 april samt 29 augusti 2012.

Kursen utspridd för att möjliggöra personlig utveckling, eget patient- och handledningsarbete, samt utbildning av andra personalkategorier.

Plats: Suicidprevention i Väst, Mellangatan 1 (nära Järntorget) i Göteborg

Anmälan till Suicidprevention i Väst per e-post info@suicidprev.com, senast den 10 februari 2012.

Gott omdöme om kursen i maj 2011. IPULS-frågor med 6.0 som maximum.

Frågor: *Skulle du kunna tänka dig att rekommendera kursen till en kollega?* Genomsnittligt svar: 5,9.

Global värdering av kursen? Genomsnittligt svar: 5.7.

Referenspersoner som är villiga att berätta om kursen:

- Hemin Najar, ST-läkare, Vuxenpsykiatrin, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. hemen-nj@hotmail.com, 0737 - 63 13 53
- Margit Farkas, Chefläkare BUP i Västerås. margit.farkas@ltv.se, 0761 - 34 22 77
- Anders Falk, Överläkare BUP Mälarsjukhuset, Eskilstuna. anders.falk@dll.se, 0702 - 22 54 88

Beställ gärna fullständig referenslista!

Allmän beskrivning

Sammanfattning. Internationella forskare har gjort betydelsefulla rön om normal (funktionell) och patologisk (ibland livsfarlig) suicidalitet. *Det finns nu förutsättningar för en sammanhängande psykologisk teori om suicidalitetens uppkomst, utveckling och behandling.* Kärnpunkter är skillnaden mellan normal och patologisk suicidalitet; mellan patologisk suicidalitet och

psykisk sjukdom; nya modeller för den suicidala processen över tid; utvecklingen av suicidalt modus; lätttriggat av banala stimuli; samt olycksfallsteorier användbara för att förstå suicidalitet men också för att förstå och vidareutveckla händelseanalyser. Förutom teoretiska kunskaper ska deltagarna efter kursen behärska samtalsmodellen "två forskare", kunna upprätta individuell suicidpreventiv plan och individuell suicidalriskskala med nivåbestämda kopingstrategier samt analysera baslinjesuicidalitet. – Detta är nödvändig specialkunskap i mötet med den suicidala patienten. Kursen motsvarar 7.5 högskolepoäng.

Bakgrund. Att förstå och rätt behandla suicidalitet är en svår utmaning för enskilda läkare, hälso- och sjukvården och samhället. Det handlar om svåra lidanden och stora kostnader. Suicid inträffar ofta oväntat. Suicidala patienter är svåra att samarbeta med, effekterna är slumpmässiga och ofullständiga, dödligheten betydande. Kritiken framför allt mot psykiatri från vårdtagare, anhöriga och media, är häftig.

Behandlingsmässigt ligger fokus traditionellt på vårdorganisation (vårdprogram, riskbedömning, skalor, övervakning, tvångsvård) medan vårdinnehåll, d v s specifik psykologisk behandling av just suicidalitet, ägnas mindre uppmärksamhet, Socialstyrelsen 2010, Landstinget Halland 2009, Örebro läns landsting 2009. Denna brist vad gäller vårdinnehåll beror på att i Sverige tillämpade vetenskapligt grundade teorier för att förstå och behandla suicidalitet och för att genomföra händelseanalyser är otillräckliga. De använda verktygen blir därigenom onödigt trubbiga. Lyckligtvis har internationella forskare under de senaste decennierna gjort betydelsefulla rön, som mynnar ut i en sammanhängande fördjupad teoretisk förståelse av suicidalitet. Denna preciserar och effektiviserar det terapeutiska förhållningssättet. *Med denna kurs vill vi överföra denna kunskap till svensk hälso- och sjukvård.*

Utbildningsmål. God kännedom om aktuella kognitiva teorier och metoder för förståelse och hantering av suicidalitet. Känna till:

- Tabueringens historia och funktion på gott och ont tidigare och i dag

Kunna:

- För och nackdelar med olika teorier om suicidalitet, psykiatrisk sjukdomsmodell, suicidal process över tid, suicidalt modus och episodisk suicidalitet;

Skillnader (teoretiskt och terapeutiskt) mellan olika former av suicidalitet (psykotisk, PTSD, ångest- och depressionssuicidalitet).

- Några kognitiva modeller för att förstå och hantera psykiska problem (Fem-faktormodellen, arousalmodellen, Becks ångesttriad, Becks depressionstriad, Padeskys konceptualiseringsmodell.)

Förväntade positiva effekter:

För den enskilde deltagaren: Ökad trygghet och bättre precision i bemötandet av suicidal patienter.

Färdigheter:

- Behärska samtalsmodellen "Två forskare"

- Tillsammans med patienten upprätta en individuell suicidpreventiv plan samt en individuell suicidalriskskala med nivåbestämda kopingstrategier; samt

- Analysera baslinjesuicidalitet.

För vårdorganisationen. Ökat expertkunnande och därmed ökad trygghet för vårdpersonalen, höjd vårdkvalitet i omhändertagandet av suicidala patienter. På sikt lägre frekvens av suicidförsök och suicid, vilket kan utvärderas kvalitativt och ekonomiskt. Effektivare och mer meningsfulla händelseanalyser. Deltagarna uppmanas att bilda suicidpreventiva team för fortsatt utveckling av suicidpreventionen inom det egna verksamhetsområdet.

För patientens och samhället. Bättre dialog mellan vårdsökande suicidal person inklusive anhöriga och hälso- och sjukvårdens personal. På sikt tydligare kravprofil vad gäller vård av dessa patienter, mer sansad diskussion och ökat förtroende för hälso- och sjukvården.

Budskapet kortfattat, Take home messages. Skilj mellan normal och patologisk suicidalitet!

-Skilj mellan patologisk suicidalitet och psykisk sjukdom.

-Förstå och hantera olika teorier om patologisk suicidalitet: psykiatrisk sjukdomsmodell, suicidal process över tid, suicidal modus, suicidala episoder, olycksfallsteorier;

-Förstå och hantera suicidalitet vid olika psykiska störningar: PTSD, ångestsyndrom, depression och psykos.

-Arbeta enligt modellen "två forskare" med individuella suicidpreventiva planer, individuella suicidriskskalor samt analys av baslinjesuicidalitet.

Har hänsyn tagits till genusfrågor? Ja. Genusfrågor behandlas inom främst tre områden:

- Tabuering. Tabuering är till för att skydda ömtåliga området. Ofta blir det emellertid överdrivet och kontraproduktivt. Så innebär t ex tabuering kring suicidalitet ett svårt motstånd att övervinna. Begreppet tabuering omfattar inte bara suicidalitet utan även t ex psykisk sjukdom, psykiatri, döende och död samt sexualitet. Samtliga områden har använts för att legitimera maktutövning, vilket inte minst gått ut över kvinnobilden med kvinnan som antingen frånvarande eller förvriden (helgon eller hora).
- Reaktionssätt vid påfrestningar. Depression är dubbelt så vanlig bland kvinnor. Suicidförsök och suicidala meddelanden också vanligare, medan suicid är dubbelt så vanligt bland män. Att förebygga suicid hos män är notoriskt svårt.
- Snedfördelning av suicidalitet som symtom på förtryck, bl.a. i mindre utvecklade länder.

I samtliga dessa fall analyseras bakgrunden i syfte att öka förståelsen för föreställningarnas uppkomst och funktion.

Pedagogiska metoder

Utgångspunkter:

- Kursdeltagarna skall före kursen ha god erfarenhet av suicidala patienter samt de teorier och tekniker som nu används i vård av dessa patienter.
- De skall i förväg få läsanvisningar, material om olika typer av samtal samt de kognitiva modeller som kommer att användas samt hand-outs i form av Power-point-bilder.
- Arbetet genomförs i seminarieform med inskjutna korta föreläsningsspass inom fyra moment:
 - Aktualisering av befintlig kunskap

- Sammanfattning av någon/några av de teorier/metoder som hör till dagens ämne; Vilka huvudförfattare som hör till resp. avsnitt anges i det preliminära programmet.
- Arbete individuellt, i grupp och i storgrupp.
- Sammanfattning: Vad lärde vi oss nu av detta?

- Skriftlig och muntlig examination: hemtentamen med redovisning i grupp
- Handledning på egna patientexempel.
- Veckorna mellan de två föreläsningmomenten skall användas till egen fördjupning, tillämpning av inlärd modeller på sig själv och på patienter med suicidproblem.

Utdelat material. Stencil att läsa före kursen. Beskriver det väsentliga kursinnehållet. Powerpointbilder, som får användas fritt.

Rekommenderade förberedelser. För alla: Utsänt material enligt ovan.

Innehållet i Beskow et al. Suicidalitetens språk, Studentlitteratur, 2005 förutsätts känt.

För de som tidigare inte utbildats i kognitiv psykoterapi rekommenderas:

Palm A (red) Kognitivt förhållningssätt. En psykologisk teori för samverkan med patienten. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.

Oestrich IH, Kolstrup N. Kognitiv terapi i läkarpraktiken. Handbok för läkare. Övers. Per Larsson. Lund: Studentlitteratur 2003.

Gyllensten K, Palm Beskow A, Palmer S. Psykologisk coaching, Natur och Kultur 2011

Kunskapskontroll: Examination i form av hemuppgift med redovisning i grupp.

Kursintyg erhålles.

Uppföljning: Efter sex månader med samtal om gjorda erfarenheter och fortsatt handledning på egna patientexempel.

Material eller metod för att utveckla den egna och andras arbetsplatser. Deltagarna uppmanas att bilda suicidpreventiva team för fortsatt utveckling av suicidpreventionen inom det egna verksamhetsområdet. Power-pointbilder som får användas i informationsverksamhet. Möjlighet till lärarkontakt för fortsatt stöd till dessa och till kursdeltagarna

Kontakt

Innehåll: Jan Beskow, Gibraltargatan 18, 6 tr, 411 32 Göteborg. 0709-640561. E: jan.beskow@cognitivterapi.se

Praktiskt: Else-Marie Törnberg. SPIV, Mellangatan 1, 41311 Göteborg. 031-7757977, 0737-75 75 61. E: info@suicidprev.com

Hemsida: www.suicidprev.com