

---

# Vurdering av akutt selvmordsfare i livskriser

---

DEBATT

ARNE VAALER

arne.e.vaaler@ntnu.no

Arne Vaaler er overlege ved Seksjon for akuttpsykiatri, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han leder en klinisk akademisk forskningsgruppe med målsetting om prediksjon og behandling av akutt selvmordsfare. Gruppen finansieres av Helse Midt-Norge.

---

## Ved akutt selvmordsfare hos mennesker i alvorlige livskriser må intensiv psykoterapeutisk og farmakologisk behandling startes umiddelbart.

Til tross for nasjonale forebyggingskampanjer og retningslinjer, viser data fra mange land at forekomsten av selvmord er økende (1). Problemstillingen er svært vanlig. Fare for selvmord er helt eller delvis årsak til innleggelse i flere enn 70 % av tilfellene ved norske psykiatriske akuttavdelinger (1). Ansikt til ansikt med personen i krise må klinikerer prøve å skille mellom to hovedgrupper: én gruppe pasienter med tendens til gjentatte episoder med selvskading uten klar indikasjon på et reelt dødsønske, og en annen gruppe hvor pasienten har vist eksplisitt eller implisitt selvmordsadferd, inkludert indikasjon på et reelt dødsønske (2). Det er den sistnevnte gruppen som er i fokus i denne teksten.

*«Ansikt til ansikt med enkeltindividet er de tradisjonelle risikofaktorene til liten hjelp for klinikerer»*

---

## Risikofaktorer versus varselsignaler

Fram til årtusenskiftet var kunnskapsgrunnlaget mest basert på retrospektive, psykologiske autopsistudier, hvor bekjente av selvmordsofre ble intervjuet i ettertid. Disse studiene har identifisert mange risikofaktorer, mest kategoriske variabler, som kan indikere en statistisk økt fare for selvmord, særlig i et langtidsperspektiv. Risikofaktorene er for eksempel kjønn, alvorlig somatisk sykdom, høy alder, psykisk sykdom, tidligere selvmordsforsøk og rusmisbruk.

Ansikt til ansikt med enkeltindividet er de tradisjonelle risikofaktorene til liten hjelp for klinikerer. De har bare begrenset klinisk prediktiv verdi fordi de ikke gir informasjon om de akutte psykologiske prosessene som leder til selvmord, eller til en tilstand av umiddelbar selvmordsfare (3). I tillegg skiller ikke faktorene høyrisikopasienter fra andre pasienter med akutt psykisk sykdom. Ved innleggelse på psykiatrisk avdeling vil mer enn 70 % av pasientene være påvirket av ett eller flere medikamenter eller rusmidler. Tidligere selvmordsforsøk medfører en statistisk forhøyet langtidsrisiko, men flere enn 60 % av selvmordsofre dør i det første forsøket.

### **Har du behov for å snakke med noen etter å ha lest denne saken?**

Dersom det er akutt selvmordsfare, ring 113. Ring legevakt på tlf. 116117 for øyeblikkelig hjelp. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har en nettside der du finner en oversikt, tilpasset dine behov, over hvor du kan ringe hvis situasjonen er mindre akutt: [Nssfinfo.no](http://Nssfinfo.no). På din kommunes nettsider kan du se hvilke andre lavterskeltilbud som er tilgjengelige der du bor.

---

## Hva skal klinikerer lytte til?

Prospektive kliniske studier kan måle andre parametere enn retrospektive studier (4). Varselsignaler for selvmord er dynamiske, tilstandsrelaterte, kognitive, emosjonelle og adferdsmessige symptomer som indikerer en umiddelbar eller nærstående fare. Klinikerer kan derfor diagnostisere en «suicidal krise» (5, 6).

De viktige varselsignalene som klinikerer skal lytte til, er «mental smerte», agitasjon, desperasjon, panikk, alvorlige søvnproblemer, håpløshet, skam, økt bruk av rusmidler de siste dagene, akutte relasjonelle problemer og følelsen av å være fanget eller fastlåst i den mentale smertetilstanden (2, 3, 6, 7). Varselsignalene gir en indikasjon på hvem som trenger akutt, intensiv

behandling (3, 4). I motsetning til risikofaktorene er varselsignalene tilgjengelige for umiddelbare, terapeutiske intervensjoner, inkludert farmaka (4).

*«Mange klinikere har den oppfatning at alvorlig selvmordsadferd først skjer etter langvarige overveielser. Det er en misforståelse»*

---

## Hva skal det legges mindre vekt på?

Det finnes ikke data som indikerer at åpen dialog om temaet på noen måte kan forverre situasjonen for pasientene. Det som kan villede klinikerne, er i hvilken grad svaret påvirker den videre behandlingen av pasienten. Noen pasienter svarer pålitelig, men en rekke studier viser imidlertid at 75 % av selvmordsopfre har benektet enhver form for selvmordsintensjon i siste samtale med behandleren (3, 4). Det essensielle er at klinikerne ikke kun forholder seg til pasientens uttalelser om selvmordstanker som en «screening» for videre utredning, men baserer seg i større grad på symptomer og adferd som indikerer høy eller akutt risiko (3). Hovedbudskapet er at en pasients «nei» på spørsmål om intensjon om selvmord hverken er tilstrekkelig eller førende for hvordan terapeuten bør vurdere mennesker i alvorlige livskriser.

Mange klinikere har den oppfatning at alvorlig selvmordsadferd først skjer etter langvarige overveielser. Det er en misforståelse. For de fleste tar det mindre enn ti minutter fra bestemmelse til handling (7, 8). Alvorlig selvmordsadferd er for mange impulsive handlinger. Våre vurderinger må derfor basere seg på de psykologiske prosessene, adferden og symptomene som kan indikere tilstedeværelse av en suicidal krise.

Varselsignalene er dynamiske og tilstandsrelaterte. De er også særdeles variable, slik at akutt fare kan endres kort tid etter en vurdering. Retningslinjer angir at foreldreansvar, en støttende ektefelle og tilgang på behandling kan være beskyttende faktorer, men dette kan også være villedende for klinikerne (3).

---

## Behandling av mennesker i akutt selvmordsfare

Når pasienter har varselsignaler som indikerer en suicidal krise, skal kliniske intervensjoner ha som mål å maksimere sikkerheten de kommende dagene (5). Det medfører umiddelbare psykoterapeutiske, miljøterapeutiske og farmakologiske intervensjoner i samarbeid med pasientens støtteapparat. Pasienter i suicidale kriser bør overvåkes døgnet rundt. Intensiv miljøterapeutisk og farmakologisk behandling i tre til fem dager vil betydelig redusere pasientens mentale smerte, og parallelt vil også selvmordsfaren avta.

Kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon bør brukes på alle pasienter i suicidale kriser. Intervallobservasjon hvert kvarter og ulike former for «kontrakter om ikke å skade seg under innleggelse» har ingen dokumentert

effekt (4). Intervallobservasjon med ti minutters tidsintervall bør være det maksimale som tillates.

Den psykoterapeutiske intervensjonen bør ha en psykoedukativ og enkel profil. Pasientene er kognitivt affisert, noe som gjør at informasjon må forenkles og gjentas. Vær en optimistisk behandler. Hos nesten alle vil den mentale smerten bli mye bedre så fort de får adekvat medikasjon. De aller fleste blir friske i løpet av tre til fem uker.

---

## Psykofarmakologi

Mange pasienter i akutte suicidale kriser vil fylle de diagnostiske kriteriene for depressiv lidelse. Det sentrale for den primære, farmakologiske behandlingen er likevel ikke depresjonen. De umiddelbare symptomene som må behandles, er angst, desperasjon og panikk. I tillegg må pasienten få sove (4). Det viktigste bør derfor være å gi medikamenter med sedativt og anxiolytisk potensial som samtidig ikke senker krampeterskelen. Dette er konkrete kliniske råd vi har hatt siden 1990-tallet (4).

Pasienter i alvorlige suicidale kriser er ofre for en helt ulidelig, indre smerte (7). De er overhodet ikke rasjonelt tenkende, handlende eller autonome individer (9).

---

## REFERENCES

1. Prestmo A, Høyen K, Vaaler AE et al. Mortality Among Patients Discharged From an Acute Psychiatric Department: A 5-Year Prospective Study. *Front Psychiatry* 2020; 11: 816. [PubMed][CrossRef]
2. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 255–62. [PubMed][CrossRef]
3. Berman AL. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2018; 48: 340–52. [PubMed][CrossRef]
4. Goodwin FK. Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 12–3. [PubMed][CrossRef]
5. Berman AL, Silverman MM. A Suicide-Specific Diagnosis - The Case Against. *Crisis* 2023; 44: 183–8. [PubMed][CrossRef]
6. Cohen LJ, Imbastaro B, Peterkin D et al. A Suicide-Specific Diagnosis - The Case For. *Crisis* 2023; 44: 175–82. [PubMed][CrossRef]
7. Fredriksen KJ, Schoeyen HK, Johannessen JO et al. Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry* 2017; 80: 17–29. [PubMed][CrossRef]
8. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R et al. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and

accomplishment of a suicide attempt? J Clin Psychiatry 2009; 70: 19–24.  
[PubMed][CrossRef]

9. Larsen K. Hva er galt med selvmord? Tidsskr Nor Psykol foren 2014; 51:  
227–35.

---

Publisert: 2. januar 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0609

Mottatt 18.11.2024, godkjent 2.12.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juli 2026.