Kjære leser

Lars Mehlum
redaktør

Å VÆRE SUICIDAL er alltid forbundet med opplevelsen av sterk psykisk smerte og ofte med en følelse av at smerten aldri vil gå over. Å være suicidal kan sammenliknes med å være lukket inne i et rom med høye vegger, uten vinduer og dører, uten å vite hvordan en skal klare å komme seg ut. Å være suicidal er ofte forbundet med tanken om at selv om det er ille nå, vil det sannsynligvis bare bli verre. Det er lett å tenke seg at slike tanker og følelser er en potensielt dødelig kombinasjon.

Heldigvis vet vi i dag ganske mye om hvordan tanker, følelser og atferd som øker risikoen for selvmord kan behandles direkte og spesifikt. Ofte, men ikke alltid, har suicidale personer psykiske lidelser som også

må behandles, men vi kan ikke basere oss på at selvmordsrisikoen vil bli borte utelukkende gjennom behandling av disse psykiske lidelsene. Det er derfor viktig at klinikere kjenner de psykoterapeutiske metodene som er utviklet for spesifikk behandling av suicidalitet, og at de tar metodene i bruk. Da de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt for snart ti år siden, ga det støtet til en betydelig bedret kvalitet særlig når det gjelder systematikk i vurdering av selvmordsrisiko og tiltak for å øke pasientsikkerheten. Like gunstige effekter ser ikke det ikke ut til at retningslinjene har hatt når det gjelder direkte og spesifikke behandlingstiltak rettet mot suicidal atferd. Trolig er det nå behov for å oppdatere retningslinjene med vekt på styrkede behandlingstiltak. Vi trenger et nytt løft på dette særdeles viktige området for selvmordsforebygging.

Trolig er det nå behov for å oppdatere retningslinjene med vekt på styrkede behandlingstiltak.