

*Børge F. Jensen*

# *Selvmondsadfærd*

*Sundhedsmæssige risikofaktorer*



*Faktaserien nr. 18 2005*  
*Center for Selvmondsforskning*

**Faktaserien**  
**Nr. 18**

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning  
Odense, 2005

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra dette hæfte  
med tydelig kildehenvisning

Udgivet af  
Center for Selvmordsforskning  
Søndergade 17  
5000 Odense C  
Tel: (+45) 66 13 88 11  
Fax: (+45) 65 90 81 74  
E-mail: [info@selvmordsforskning.dk](mailto:info@selvmordsforskning.dk)  
Hjemmeside: [www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk)

1. udgave, 1. oplag, december 2005

ISBN: 87-90291-42-5

# Indhold

Forord	5
1. Nogle begreber	7
2. Kontakt til privatpraktiserende læge	8
3. Kontakt til hospital	9
4. Psykiske sygdomme	11
5. Fysiske sygdomme	18
6. Forbrug af medicin	22
7. Litteraturliste	23
8. Hvor henvender man sig?	25



## Forord

Dette hæfte " Selvmordsadfærd – Sundhedsmæssige risikofaktorer" indgår i en række hæfter om fakta og forskning vedrørende selvmordstanker og selvmordsadfærd.

Dette faktahæfte henvender sig til alle, der vil vide noget om, hvordan helbredet påvirker risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Hæftet kan også læses med udbytte af personer, der enten i deres uddannelsesforløb eller i forbindelse med deres arbejde kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker.

Nogle af de resultater, som præsenteres, stammer fra Center for Selvmordsforskning, der siden 2003 har gennemført et registerforskningsprojekt om risikofaktorer for det første selvmordsforsøg. Øvrige resultater stammer fra andre danske forskningsprojekter i selvmordsadfærd og fra et væld af udenlandske undersøgelser.

December 2005

Børge F. Jensen



# 1. Nogle begreber

I dette faktahæfte bruges nogle begreber, som her defineres nærmere.

Ved en *risikofaktor* for selvmord forstås en egenskab hos en person, der gør at han/hun har en forøget risiko for at begå selvmord eller på anden måde karakteriserer vedkommende. Man kan således sige, at psykisk sygdom er en *risikofaktor* for selvmord.

*Selvordsforsøg* er efter WHO's definition en handling, der har til hensigt at forandre personens situation, hvilket ikke nødvendigvis er det samme som et dødsønske. Med andre ord er et selvmordsforsøg ikke nødvendigvis det samme som et mislykket selvmord.

Flere mænd end kvinder begår fuldbyrdet selvmord, og aldersmæssigt ligger selvmordere især blandt midaldrende og ældre. Flere kvinder end mænd har selvmordsforsøg, og forsøgere er generelt yngre end personer med fuldbyrdede selvmord.

Det er vanskeligere at forske i risikofaktorer for selvmordsforsøg end for selvmord, da mange personer har mere end ét forsøg. Risikofaktorer ligger tidsmæssigt forud for selvmord eller selvmordsforsøg. I forbindelse med selvmordsforsøg er det derfor vigtigt at kunne skelne mellem risikofaktorer for det første selvmordsforsøg og de efterfølgende forsøg.

## **2. Kontakt til privatpraktiserende læge**

Danske undersøgelser har vist, at 2 ud af 3 personer kontakter deres egen læge mindre end en måned forud for et selvmordsforsøg eller et selvmord. Efter lægens vurdering havde mellem en tredjedel og halvdelen af kontakterne fra selvmordsforsøgene relevans for det senere forsøg, mens det var mindre udtalt i forbindelse med senere selvmord. Hos patienter, der senere begik selvmord, havde godt en fjerdedel svære legemlige sygdomme som kontaktårsag.

Registerforskningsprojektet på Center for Selvmordsforskning viste ligeledes, at året før det første selvmordsforsøg havde disse patienter flere kontakter til egen læge end patienter uden efterfølgende selvmordsforsøg.

Lægen får typisk besked om selvmord fra politi og pårørende, mens selvmordsforsøg normalt underrettes af sygehus, pårørende og i mindre omfang af patienten selv.

### **Kontakt til psykiatrisk speciallæge**

Omkring halvdelen af de personer, der havde et selvmordsforsøg eller et selvmord, havde tidligere haft kontakt til en psykiatrisk speciallæge. Alene inden for den sidste måned havde 5 % af forsøgerne og 11 % af selvmorderne haft en sådan kontakt. Dette er en langt mindre andel end de, der havde kontakt til egen læge. Registerforskningsprojektet på Center for Selvmordsforskning viste, at året før det første selvmordsforsøg havde en større andel af disse patienter med selvmordsforsøg kontakt til psykiater eller psykolog betalt af sygesikringen end patienter uden efterfølgende selvmordsforsøg.



### **3. Kontakt til hospital**

Det danske hospitalsvæsen er delt op i somatiske sygehuse, der behandler legemlige sygdomme og psykiatriske sygehuse, der tager sig af psykiske lidelser.

#### **Kontakt til et psykiatrisk hospital eller afdeling**

Blandt alle selvmordsforsøgere, der indgik i Center for Selvmordsforsknings registerforskningsprojektet, havde omkring halvdelen tidligere været indlagt på en psykiatrisk afdeling. En anden undersøgelse viste, at 12 % havde haft kontakt til psykiatrisk hospital inden for den sidste måned før forsøget. Blandt unge selvmordsforsøgere under 30 år er det dog kun omkring 6 %, der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Tilsvarende havde næsten 50 % af selvmordere været indlagt på et psykiatrisk hospital. Til sammenligning var andelen af indlæggelser blandt den øvrige befolkning omkring 5 %. Psykisk sygdom var den største risikofaktor for begge køn, men risikoen for selvmord var større blandt kvindelige psykiatriske patienter. To andre undersøgelser angiver en kontakthypighed til psykiatriske hospitaler en måned før selvmordet på henholdsvis 17 % og 13 %.

Risikoen for selvmord og selvmordsforsøg i forbindelse med en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling varierer over tid. Personer der er indlagt på en psykiatrisk afdeling har en selvmordsrisiko, der er 90 gange højere end resten af befolkningen, hvor især den første uge af indlæggelsen er risikofyldt. Selvmordsrisikoen er dog størst den første uge efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling, hvor den er mere end 500 gange forhøjet i forhold til normalbefolkningen. Selvmordsrisikoen falder med ti-

den, men er stadig 10 gange større et år efter udskrivelsen. Patienter med flere indlæggelser har også en større risiko for selvmord end patienter med kun en enkelt indlæggelse. Registerundersøgelsen på Center for Selvmordsforskning viste ligeledes en forøget risiko på 500 gange for selvmordsforsøg i den første uge efter udskrivelsen fra en psykiatrisk afdeling.

### **Kontakt til somatisk sygehus**

En undersøgelse af 472 selvmord i Fyns Amt viser, at 7 % var udskrevet fra et somatisk hospital indenfor den sidste måned før selvmordet. Sammenlignet med at 13 % indenfor den sidste måned var udskrevet fra et psykiatrisk hospital, viser det, at psykisk sygdom er en langt større risikofaktor for selvmordsadfærd end somatisk sygdom.

## 4. Psykiske sygdomme

Ved kontakten til det psykiatriske system får patienten én eller flere diagnoser, der angiver, hvilken sindslidelse vedkommende har. Der har været en lang række undersøgelser – danske og udenlandske – der belyser, hvor høj en risikofaktor forskellige typer af sindslidelser udgør.

Det at have en psykisk sygdom betyder ikke nødvendigvis, at man har selvmordsadfærd. Risikoen er størst for mænd, der lever isoleret uden partner og arbejde. Ligeledes vil tidligere selvmord i familien, negative livsbegivenheder og kronisk, fysisk sygdom samt tidligere selvmordsforsøg forstærke risikoen. Med andre ord reagerer psykisk syge med selvmordsadfærd på de samme sociale faktorer som personer, der ikke er psykisk syge. Forskellen ligger især i, at psykisk sygdom er mere belastende.

### **Depressioner**

Depression optræder i flere sammenhænge, bl.a. som et træk ved de allerfleste affektive sindslidelser og som en reaktion på svære psykiske og fysiske belastninger. Det skønnes, at der til enhver tid er omkring 200.000, der har en depression, der er så alvorlig, at de har brug for behandling.

### **Affektive sindslidelser**

*Affektive lidelser* kendetegnes ved forstyrrelser i stemningslejet, enten i retning af depression eller opstemthed (mani). *Bipolære affektive lidelser* (tidligere kaldet mani-depressiv psykose) indeholder flere maniske eller depressive perioder. Desuden kan depressioner optræde som enkeltepisoder, som evt. kan være tilbagevendende.

## **Depression som en belastningsreaktion**

Depression kan optræde som en reaktion på en svær belastning som f.eks. skilsmisse eller dødsfald, sygdom eller arbejdsløshed - en begivenhed, hvor man mister sin selvfølelse. Sammenhængen mellem depression og fysisk sygdom er beskrevet i et senere afsnit.

Depression kan også optræde sammen med andre psykiske sygdomme som skizofreni eller angstlidelser, eller i forbindelse med alkoholmisbrug. Der findes mange grader fra let til svær depression.

Depressioner behandles i dag med psykoterapi, medicin (eventuelt i kombination) eller i svære tilfælde med elektrochok.

## **Sammenhæng mellem depression og selvmordsadfærd**

Der har været lavet mange undersøgelser af sammenhængen mellem depression og selvmordsadfærd. Hvis man har en alvorlig depression, hvor man har tanker om selvmord, er der stor risiko for, at man også tager sit eget liv.

I registerundersøgelsen fra Center for Selvmordsforskning havde personer med affektive sindslidelser 22 gange så stor risiko for selvmordsforsøg i forhold til resten af befolkningen.

Personer med depression har en risiko for selvmord, der er i størrelsesordenen 10 til 20 gange så stor som resten af befolkningen afhængig af depressionens karakter. Blandt patienter, der har været indlagt på psykiatriske hospitaler udgør affektive lidelser en større risiko for selvmord end andre psykiatriske lidelser.

For depressive personer udløses selvmordstanker i højere grad i forbindelse med håbløshed, skyldfølelse, lavt selvværd og interessestab.

Hovedkonklusionen er, at depression er en væsentlig risikofaktor for både selvmord og selvmordsforsøg. Adskillige undersøgelser påpeger, at depressive patienter ikke behandles i tilstrækkelig grad, og at selvmordsadfærd vil kunne forebygges, hvis flere af de depressive blev opsporet og behandlet.

## **Skizofreni**

De mest karakteristiske symptomer på skizofreni er hallucinationer og vrangforestillinger. Men der er også andre symptomer, de såkaldt negative symptomer, hvor man bliver sløv, mister initiativ og har en tendens til at isolere sig fra andre. Sygdommen opstår typisk i teenage-årene. Der findes medicin mod de psykotiske symptomer, men medicinen virker ikke på alle. Antipsykotisk medicin har oftest bivirkninger, og den afhjælper ikke de negative symptomer. 1 % af befolkningen får typisk skizofreni. Årsagen kendes ikke med bestemthed, men der er en høj grad af arvelig disposition for sygdommen.

I registerundersøgelsen fra Center for Selvmordsforskning havde personer med selvmordsforsøg 17 gange så stor risiko for affektive lidelser forud for det første selvmordsforsøg.

Selvmondsrisikoen blandt skizofrene er stor. På baggrund af internationale undersøgelser anslår man, at ca. 10 % af alle skizofrene patienter dør på grund af selvmord. Risikoen for selvmord er størst blandt de yngre i 20-35 års alderen, dvs. typisk i begyndelsen af sygdomsforløbet, og risikoen falder med alderen. Ligeledes forøges risikoen, hvis den skizofrene tidligere har forsøgt selvmord, og der har været selvmordsadfærd i familien. Selvmordsforsøg er karakteriseret ved anvendelse af farlige metoder, som kan tages som udtryk for, at ønsket om at dø er stort.

## **Angst**

Angst er en oplevelse af at der er fare på færde, og man bliver derfor anspændt, får uro i kroppen og hjertebanken. Mange angstsygdomme er enkeltfobier, som angst for lukkede rum (klaustrofobi). De værste angstsygdomme er utvivlsomt socialfobi (angst for social kontakt med andre mennesker), panikangst og generaliseret angst. Desuden ses angst som en reaktion på belastning og stress og kan forekomme hos personer, der plages af tvangstanker og tvangshandlinger.

Hver femte får på et tidspunkt angst, som er så udtalt, at der er tale om en sygdom. Angst kan også være en del af andre psykiske sygdomme, f.eks. depression eller skizofreni.

Angst kan dæmpes med medicin eller behandles med psykoterapi.

I registerforskningsprojektet på Center for Selvmordsforskning viste det sig, at diagnosticerede angstlidelser hos psykiatriske patienter er en risikofaktor i sig selv for selvmordsforsøg (22 gange forøget risiko), men en større risikofaktor er angst kombineret med affektive lidelser eller skizofreni. Dette stemmer overens med en ny canadisk befolkningsundersøgelse, hvor angstlidelser generelt øger risikoen for selvmordsforsøg med tre til fire gange.

Der er ikke lavet så mange internationale undersøgelser om angst som risikofaktor for selvmordsadfærd, men enkelte internationale undersøgelser angiver, at der er en forøget risiko for både selvmord og selvmordsforsøg hos personer med panikangst.

## **Spiseforstyrrelser**

Den alvorligste spiseforstyrrelse er utvivlsomt anorexi (nervøs spisevægring), hvor man spiser utroligt lidt og dyrker meget

motion. Dette medfører en så lav vægt, at det kan være livsfarligt.

Én procent af alle teenage-piger får anoreksi. Drengene kan også få sygdommen, men der er ti gange så mange piger som drenge, der får anoreksi.

I registerforskningsprojektet fra Center for Selvmordsforskning, viste en diagnosticeret spiseforstyrrelse hos psykiatriske patienter er en risikofaktor for selvmordsforsøg (21 gange forøget risiko i forholdt til personer uden selvmordsforsøg)

En dansk registerundersøgelse af dødsårsager blandt diagnosticerede spiseforstyrrede viste, at omkring 20 % af disse var selvmord.

### **Personlighedsforstyrrelser (også kaldet karakterafvigelse)**

En personlighedsforstyrrelse viser sig ved, at en person føler, tænker, opfatter og forholder sig til andre mennesker på en måde, der afviger meget fra gennemsnittet i den kultur, som han/hun lever i. Personligheden udvikles indtil 20-30 års alderen. Derefter er personligheden færdigdannet, og resten af livet er personlighedstrækkene normalt ret fastlåste og ændrer sig kun langsomt. Alligevel sker der for mange en *senmodning*, dvs. at personlighedstrækkene efter 30-35 års alderen gradvist bliver mindre fremtrædende, så personlighedsforstyrrelser aftager med alderen. Internationale undersøgelser anslår, at 10-15 % af befolkningen har en personlighedsforstyrrelse.

Personer med personlighedsforstyrrelser ser ud til at have en lige så stor selvmordsrisiko som personer med psykoser. Derfor ses der forholdsmæssigt mange personlighedsforstyrrelser blandt yngre mennesker med selvmord og selvmordsforsøg.

I registerforskningsprojektet på Center for Selvmordsforskning viste det sig, at en diagnosticeret personlighedsforstyrrelse generelt hos psykiatriske patienter er en risikofaktor for selvmordsforsøg (27 gange forøget risiko i forhold til personer uden selvmordsforsøg).

Blandt personlighedsforstyrrelserne har der i sammenhæng med selvmordsadfærd været speciel fokus på borderline personlighedsforstyrrelse (også kaldet emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse af borderline type), fordi et af kriterierne for at få denne diagnose, er at selvskadende adfærd (herunder selvmordsforsøg) i mange tilfælde forekommer hos borderlinere.

Personer med en borderline personlighedsforstyrrelse handler impulsivt og uoverlagt og har svært ved at styre deres temperament og vrede, især hvis de bliver bremset i at følge deres impulser. De har også problemer med at bevare et nært forhold til andre mennesker. Forholdene bliver intense, men ustabile, og der er tendens til *splitting*, dvs. at andre mennesker inddeles i "de gode" og "de onde". Følelserne svinger mellem meget positive og meget negative, og de har en forstyrret og usikker identitetsfølelse. Internationale undersøgelser anslår, at tre ud af fire diagnosticerede borderlinere har selvmordsforsøg, og at 10 % begår selvmord.

### **Misbrug af alkohol og narkotika**

Narko- og alkoholmisbrug udgør en væsentlig risiko for selvmordsforsøg og selvmord. Mange selvmordsforsøg og selvmord bliver begået af personer, der aktuelt er påvirkede af alkohol, medicin eller stoffer, men herudover udgør personer med et egentligt stof- eller alkoholmisbrug en betydelig del af de personer, der begår selvmord eller selvmordsforsøg.



## **Psykiske lidelser kombineret med alkoholmisbrug**

Blandt alkoholikere er risikoen for at få en psykisk lidelse fordoblet. Alkoholproblemer findes især blandt antisociale personlighedsforstyrrelser, skizofreni, affektive lidelser og angstlidelser.

Alkoholmisbrug kan forværre forløbet af en psykisk sygdom. Psykiske lidelser generelt hænger sammen med misbrug, og det formodes, at psykisk lidelse i højere grad forøger risikoen for misbrug end omvendt, selvom alvorligt misbrug kan medføre udvikling af sindssygdomme.

Sammenhængen mellem alkoholmisbrug og selvmordsadfærd er mere grundigt behandlet i Faktahæfte nr. 8.

## **Narkotikamisbrug**

Der er mere begrænset viden om narkomisbrug blandt personer med selvmordsadfærd. Stofmisbrugere har uden tvivl en øget selvmordsrisiko, men det kan være vanskeligt at afgøre om et forgiftningsdødsfald skyldes et ulykkestilfælde eller en egentlig selvmordshandling.

## 5. Fysiske sygdomme

Somatisk sygdom har været undersøgt som risikofaktor for selvmordsadfærd.

Disse undersøgelser har nogle begrænsninger med hensyn til fortolkningen af resultaterne. Alvorlige sygdomme hos patienter medfører ofte angst, depression og misbrug af eksempelvis alkohol. Disse psykiske lidelser betyder stor risiko for selvmordsadfærd, og det er i denne sammenhæng vanskeligt at sige, om adfærden skyldes den somatiske lidelse eller de efterfølgende psykiske problemer. Eksempelvis er det påvist, at patienter med mavesår har en forøget risiko for selvmord. Da mavesår hyppigere findes hos alkoholikere end hos andre personer, er spørgsmålet om selvmordsadfærden skyldes mavesåret, eller at vedkommende har et alkoholmisbrug.

Mange undersøgelser er desuden af ældre dato og stammer fra en tid, hvor behandlingen var mindre god. Der savnes nye undersøgelser af, om nye og forbedrede behandlingsmuligheder har nedsat risikoen for selvmordsadfærd.

En række undersøgelser har vist, at mange selvmordsforsøgere lider af somatiske sygdomme. Kombinationen af sygdom, psykisk og social stress og depression er specielt farlig som udløsende faktor for selvmordsforsøg.

### **Krisereaktion i forbindelse med alvorlige sygdomme**

Ved *kroniske sygdomme*, som ikke kan helbredes, gennemløber patienten ofte en krisereaktion. Den første periode - før en endelig diagnose stilles - er præget af angst både hos patienten og de pårørende. Når en endelig diagnose foreligger, oplever patienten

en chokfase, hvor han/hun føler kaos og ofte ikke kan se sandheden i øjnene. Denne fase varer højest nogle dage, hvorefter patienten erkender tingenes tilstand og reagerer med sorg, fortvivlelse og afmagt. Denne reaktionsfase kan vare flere måneder. I bearbejdningsfasen begynder patienten at forholde sig til den nye situation og at indstille sig på at livet skal gå videre. Endelig indgår erfaringerne fra forløbet som en del af ens liv i nyorienteringsfasen.

### **Neurologiske sygdomme**

Sygdomme i nervesystemet (neurologiske lidelser) må ikke forveksles med psykiske sygdomme, da sygdommen i sig selv ikke medfører en ændring af bevidsthedsopfattelsen.

*Multipel sklerose* er et eksempel på en kronisk sygdom, som er præget af langsomt fremadskridende invaliditet med synsnedsettelse, lammelser og føleforstyrrelser på grund af nedbrydning af den hvide substans i hjernen. Den har været grundigt udforsket, idet man her i landet har et velfungerende register over sklerosepatienter. En række undersøgelser viser, at yngre patienter med multipel sklerose har en forøget risiko for selvmord, f.eks. viste en dansk registerundersøgelse mere end dobbelt så stor risiko for selvmord.

*Epilepsi* skyldes forstyrrelser i hjernecellernes impulser. Symptomerne er tab af bevidsthed, taleforstyrrelser og kramper. En engelsk undersøgelse fra 1979 om selvmord, og en tilsvarende fra 1987 om selvmordsforsøg viste begge 5 gange forøget risiko for selvmordsadfærd hos epilepsipatienter. Siden da er behandlingen af epilepsi væsentligt forbedret både medicinsk og kirurgisk, hvilket kan have formindsket selvmordsrisikoen.

*Huntingtons chorea* er en arvelig sygdom, risikoen er 50 % hvis en af forældrene har sygdommen. Sygdommen bryder ud i 30-40 års alderen. Bestemte dele af hjernen nedbrydes og medfører

manglende kontrol over bevægelser og demens. Sygdommen er heldigvis ikke almindelig, men undersøgelser tyder på at der findes en forøget risiko for selvmord.

*Rygmarvsskader* opstår typisk i forbindelse med ulykker. De medfører lammelser, og patienten ender ofte i rullestol eller respirator. Selvmordsrisikoen er ca. 4 gange større end i baggrundsbefolkningen, og er større især blandt unge.

*Hjerneskader* medfører en lang række symptomer, afhængig af hvilke dele af hjernen der rammes. Disse undersøgelser er lavet på krigsskadede fra anden verdenskrig. De viser, at der er en forøget risiko for selvmord. Da undersøgelserne er fra 1960'erne ved man ikke om dette stadig gælder, da behandling og støtte i mellemtiden er forbedret.

*Parkinsons sygdom* (også kaldet rystelammelse) medfører rystelser, der skyldes ændringer i hjernecellernes overførsel af impulser og i nogle tilfælde demens. Der er ikke en forøget risiko for selvmord, som kan skyldes, at der er gode behandlingsmuligheder, og at sygdommen kommer sent i livet.

*Slagtilfælde* (apopleksi) dækker over både blødning og blodprop i hjernen, og viser sig typisk ved pludselig lammelse af dele af kroppen. Efter en apopleksi vil man som regel få det bedre af sig selv den første uge, men derefter skal der genoptræning til for, at tilstanden bliver bedre. Hvor godt resultatet bliver, kan man ikke sige noget bestemt om i de enkelte tilfælde, men så længe det går fremad, er der håb om yderligere forbedringer. Og der er flere eksempler på gode resultater efter selv svære apopleksier på grund af ihærdig genoptræning. Der er en forøget risiko for selvmord.

*Migræne* er meget smertefulde anfald af hovedpine, som en amerikansk undersøgelse har vist har en 3 gange forøget risiko for selvmordsforsøg.

## **Kræft**

Kræft er en frygtet sygdom, som kan være forbundet med smerte, både på grund af sygdommen og behandlingen. En ny undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse, viste at mænd med kræft havde en risiko for selvmord, der var 70 % højere end i befolkningen generelt, og blandt kvinder var risikoen 40 % forøget efter en kræftdiagnose. Risikoen var størst det første år efter diagnosen. Den faldt med tiden, men var stadig forøget efter 5 år. En anden undersøgelse viste, at kvinder, der havde fået stillet en diagnose for brystkræft, havde en forøget risiko for efterfølgende psykiatriske indlæggelser på grund depression og angst. Tilsvarende er der en forøget risiko for selvmordsforsøg.

## **Andre legemlige sygdomme**

I almindelighed mangler der undersøgelser af en lang række almindelige sygdomme og risiko for selvmordsadfærd. Nogle somatiske sygdomme har dog været undersøgt. Blandt dem viser personer med nyresygdomme, AIDS og sukkersyge at have en forhøjet selvmordsrisiko, og for sukkersyge ligeledes en forøget risiko for selvmordsforsøg. I andre tilfælde mangler klare konklusioner, som eksempelvis for patienter der har fået levertransplantationer, åndedræts- og kredsløbssygdomme (herunder forhøjet kolesterolniveau i blodet) og tinnitus.

## 6. Forbrug af medicin

En anden metode til at undersøge helbredsmæssige forhold hos personer med selvmordsadfærd er gennem deres forbrug af medicin. Center for Selvmordsforskning har undersøgt forbruget året forud for det første selvmordsforsøg. Af psykofarmaka (medicin mod psykiske lidelser) havde 40 % af forsøgerne fået udskrevet angstdæmpende eller beroligende medicin, knap 30 % havde fået udskrevet sovemedicin og samme andel medicin mod depression. 15 % havde fået antipsykotisk medicin (medicin til behandling af psykotiske tilstande). Dette svarer til, at personer, der bruger de pågældende typer af medicin, er karakteriserede ved at have omkring 15 gange større sandsynlighed for at foretage selvmordsforsøg. Ligeledes havde 9 % af forsøgerne fået ordineret antabus. Undersøgelsen viste også, at mange af forsøgerne får en kombination af flere typer medicin.

En undersøgelse af selvmord på Fyn viste, at andelen, der havde fået medicin mod depression, også var knap 30 %. Derimod fik en større andel i forhold til selvmordsforsøgerne antipsykotisk medicin (24 %), mens andelen der fik beroligende medicin og sovemedicin var meget mindre (i alt 11 %). Forbruget af smertestillende medicin var stort. Godt en tredjedel fik smertestillende medicin over sygesikringen.

## 7. Litteraturliste

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Selvmord blandt unge - familiemæssige, psykiatriske og socioøkonomiske risikofaktorer. En nested case-kontrol-undersøgelse. Ugeskrift for Læger. 2002 Dec 2;164(49):5786-90.

Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand. 2000 Aug;102(2):126-34.

Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 2001 Dec;104(6):458-65.

Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. Acta Psychiatr Scand. 2003 Nov;108(5):350-8.

Damsbo N, Friberg S. Den suicidale patient. 1. Hyppighed og relevans af kontakten til praktiserende læger forud for suicidale handlinger. Ugeskrift for Læger. 1989 Mar 27;151(13):826-8.

Hawton K, van Heering K (eds). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Wiley & Sons. Chichester 2000.

Jensen BF, Christiansen E. Selvmordsforsøgers kontakt til den primære sundhedssektor. Ugeskrift for Læger. 2005 Sep 19;167(38):3583-7.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socio-economic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):765-72.

Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Apr;62(4):427-32.

Stenager EN, Stenager E. *Disease, Pain and Suicidal Behavior*. The Haworth Medical Press. New York 1998.

Netadresser:

[www.netpsykiater.dk](http://www.netpsykiater.dk)

[www.psykiatrifonden.dk/](http://www.psykiatrifonden.dk/)

[www.netdokter.dk](http://www.netdokter.dk)

[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

Sundhedsstyrelsens hjemmeside

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

På Socialforskningsinstituttet hjemmeside [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk) kan man hente rapporter om selvmordsforsøg blandt unge af Mogens N Christoffersen



## 8. Hvor henvender man sig?

### Lokalt

Familie og venner

Kolleger

Skolepsykolog

Sundhedsplejerske

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Børne- Ungerådgivning

Gratis kommunal rådgivning (jf. Serviceloven, kap.2 §3)

Socialforvaltningen

Praktiserende læge

Lægevagten

Det nærmeste hospital

Præst

### Nationalt

Livslinien 70 20 12 01

Linien 35 36 26 00

Sct. Nicolai Tjenesten 70 12 01 10

PsykiatriFondens TelefonRådgivning 39 25 25 25

TVÆRS-telefonrådgivningen 33 32 66 22

Børnetelefonen 35 55 55 55

Forældretelefonen 35 55 55 57

Ældresagen 33 96 86 86

Anonyme Alkoholikere 70 10 12 24

Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser 70 10 18 18

[www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk)

[www.selvmordsforebyggelse.dk](http://www.selvmordsforebyggelse.dk)

[www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)

[www.efterladte.dk](http://www.efterladte.dk)

## **Centre for selvmordsforebyggelse**

### **Fyns Amt**

#### **Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd**

Tlf. 65 90 81 07, mandag-torsdag kl. 9.00-15.00, fredag kl. 9.00-12.00.

Professionelt behandlingstilbud om samtale, støtte og rådgivning til personer (over 15 år) med bopæl i Fyns Amt, som har forsøgt selvmord, og som ikke har behandlingstilbud andet sted. Personerne bedes henvende sig hurtigst muligt efter forsøget.

### **Hovedstadsområdet**

#### **Selvmordsforebyggelse på Psykoterapeutisk Ambulatorium**

Tlf. 35 31 64 18, telefonen er åben i dagtimerne. Der kan lægges besked døgnet rundt.

Professionelt behandlingstilbud i hovedstadsområdet til personer over 18 år, som har forsøgt selvmord, har haft overvejelser herom eller på anden måde udvist selvmordsadfærd.

### **Storstrøms Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 55 35 13 88, mandag-torsdag kl. 8.30-15.00, fredag kl. 8.30-11.30. Der henvises uden for telefontiden til Psykiatrisk Skadestue, Oringe på telefon 55 35 12 10.

Psykologisk behandlingstilbud til personer i Storstrøms Amt der har henvendt sig til somatisk/psykiatrisk skadestue eller praktiserende læge efter forsøg på selvmord eller med svære overvejelser herom.

### **Århus Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 77 89 38 30, mandag-torsdag kl. 8.00-15.30, fredag kl. 8.00-15.00. Telefonen besvares i øvrigt døgnet rundt, idet der uden for åbningstiden omstilles til Psykiatrisk Skadestue, Psykiatrisk Hospital i Risskov.

Professionelt behandlingstilbud til personer i Århus Amt, som enten har svære overvejelser om selvmord eller har forsøgt at tage sit eget liv.

### **Nordjyllands Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 96 31 16 54, mandag-torsdag kl. 9.00-15.00, fredag kl. 9.00-12.00.

Professionelt behandlingstilbud til borgere, som har forsøgt selvmord eller har vedvarende selvmordstanker. Også pårørende og efterladte tilbydes hjælp og rådgivning af centrets personale.

*Alle tilbudene er gratis*

Læs mere om forebyggelsescentre samt rådgivnings- og informationsmuligheder på Center for Selvmordsforsknings hjemmeside:

<http://www.selvmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Links>

## De seneste faktahæfter i serien:

10. *Ludomani og selvmordsadfærd (2003)*  
Søren Møller
11. *Selvmordsprocessen (2004)*  
Søren Møller & Iben Stephensen
12. *Arbejdsløshed og selvmordsadfærd (2004)*  
Søren Møller & Iben Stephensen
13. *Mobning og selvmordsadfærd (2004)*  
Iben Stephensen & Søren Møller
14. *Selvmordsforsøgere – en statistisk profil (2004)*  
Erik Christiansen
15. *Travellers – en interventionsmetode væk fra spiseforstyrrelser (2005)*  
Agnete Lyngbye Kramme og Susanne Mouazzene
16. *Sociale relationer – en beskyttende faktor for børn og unge (2005)*  
Iben Stephensen
17. *Selvmordsforsøg – en overlevelsesanalyse (2005)*  
Erik Christiansen
18. *Selvmordsadfærd – Sundhedsmæssige risikofaktorer (2005)*  
Børge F. Jensen
19. *Travellers – et tilbud til sårbare unge (2006)*  
Anne Samuelsen
20. *Selv mord. Lovgivning, etik og moral (2006)*  
Lilian Zøllner

Hele rækken af faktahæfter findes på centrets hjemmeside [www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk) under Litteratur → Publikationer → Faktahæfter.