

*Søren Møller & Iben Stephensen*

# *Selvordsprocessen*



*Faktaserien nr. 11 2004*  
*Center for Selvordsforskning*

**Faktaserien**  
**Nr. 11**

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning  
Odense, 2004

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)

2. udgave, 1. oplag, marts 2006  
- I forhold til 1. udgave er der sket ændringer i oversigten over  
forebyggelsescentre.

ISBN: 87-90291-44-1

# **Indhold**

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>1. Beskrivelse af procesmodellen</b>	<b>7</b>
<b>2. Processens begyndelse og varighed</b>	<b>12</b>
<b>3. Fire veje til selvmordet</b>	<b>16</b>
<b>4. Vurdering af procesmodellen</b>	<b>18</b>
<b>5. Litteratur</b>	<b>20</b>
<b>6. Hvor henvender man sig?</b>	<b>21</b>



## Forord

Dette hæfte indgår i en serie af hæfter om fakta og forskning vedrørende selvmordsadfærd udgivet af Center for Selvmordsforskning. Hensigten med serien er at formidle viden som grundlag for forebyggelse, og målgruppen er derfor alle mennesker, der enten i deres uddannelsesforløb eller i forbindelse med deres arbejde kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker. Målet med serien er således at formidle forskningsbaseret viden uden akademiske ambitioner og på en sådan måde, at alle med interesse for emnerne kan få udbytte af læsningen.

Det er ikke muligt at studere selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord som adskilte fænomener. Et selvmord er som regel slutresultatet af en længerevarende proces, der starter med passive selvmordstanker, som senere konkretiseres og manifesterer sig i selvmordsadfærd. Man anvender begrebet *selvmordsprocessen* til at beskrive den typiske mentale udvikling fra de første alvorlige selvmordstanker over eventuelle selvmordsmeddelelser og selvmordsforsøg til fuldbyrdet selvmord. De fleste mennesker, som ender med at tage deres liv, har gennemgået en sådan proces. I løbet af processen kan selvmordstilbøjeligheden variere i intensitet og styrke og udvikle sig i positiv eller negativ retning. For de fleste mennesker ender processen ikke med selvmord. Nærværende hæfte er skrevet i håbet om at styrke denne bestræbelse.

Søren Møller & Iben Stephensen  
Marts 2004



# 1. Beskrivelse af procesmodellen

Den svenske psykiater Jan Beskow var den første, der i 1979 publicerede selvmordsprocesmodellen, idet han fremhævede, at et selvmord ikke bør analyseres ud fra en persons situation på dødstidspunktet, men i stedet bør ses som en udvikling over tid, hvor selvmordet er kulminationen af denne udvikling. Siden er procesmodellen blevet populariseret gennem især Nils Retterstøls publikationer, og senest har den vundet international opmærksomhed i bogen "*Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*". Heri fremstilles modellen som et overordnet, teoretisk perspektiv, der rummer kompleksiteten i selvmordsadfærd som fænomen, inklusiv samspillet mellem sårbarhedsskabende faktorer og deres forhold til kronisk og akut stress.

Megen forskning antyder, at sårbarhedsfaktorer fra tidligere faser i livet - under indvirkning af belastende begivenheder undervejs - over tid danner baggrund for en øget selvmordstilbøjelighed. Den nyeste selvmordsforskning koncentrerer sig om en såkaldt *prædisposition* for selvmordsadfærd (van Heeringen, 2001), dvs. at selvmordsadfærd kan ses som en konsekvens af et komplekst samspil mellem stress og en underliggende, vedvarende sårbarhed over for selvmordsadfærd, som enten har sine rødder i genetiske faktorer eller i tidlige livserfaringer. Denne stress-sårbarheds-antagelse er et centralt element i procesmodellen. Den underliggende sårbarhed er imidlertid ikke stabil eller konstant livet igennem. Den varierer over tid. Hvis en person i løbet af en kort tidsperiode udsættes for alvorlige og gentagne stressfaktorer, risikerer sårbarheden at blive udløst.

Selvmordsprocessen er således dynamisk på den måde, at bestemte problemer (f.eks. lavt selvværd) kan dukke op igen i en vanskelig livssituation og intensivere selvmordsprocessen, når

en persons evne til at mestre problemer og stress er forringet. I sådanne øjeblikke, hvor personen bevæger sig fra sporadiske og diffuse tanker om døden til hyppige dødsønsker og detaljeret planlægning, er der en forøget selvmordsrisiko. Der eksisterer dog også en række psykosociale livsbetingelser, personlige forhold, værdier m.m., som kan være beskyttende faktorer, der er i stand til at bremse eller helt stoppe processen. Nogle af disse faktorer er afbildet nederst i modellen på side 4.

I slutningen af en selvmordsproces er der ofte udviklet fremtrædende depressive symptomer og en stærk følelse af håbløshed. Slutstadiet karakteriseres af *kikkertsyn*, som gør det vanskeligt for en person at vurdere alternative løsninger og eventuelt at vælge en ny vinkling på situationen. Et sidste særtræk er en stærk drivkraft til at overskride tærskelen mellem liv og død. Denne grænse kan f.eks. bestå i tabuer mod selvmord, frygt for fysisk smerte og angst for, hvad døden indebærer. I forbindelse med selvmordshandlinger anvendes alkohol og narkotika ofte til at krydse denne barriere.

Selvmordsforskeren Erwin Ringel har beskrevet udviklingen mod et selvmord i tre faser, kaldet *det præsuicidale syndrom*:

#### 1. Indsnævring og social isolation:

I denne fase indsnævres den selvmordstruede persons handlingsrum, og opfattelsen af omverdenen bliver stadig mere ensidig og unuanceret. Personen isolerer sig fra omverdenen, går ind i sig selv og bliver derfor passiv og hjælpeløs.

#### 2. Aggressionsfasen:

Personens aggression bliver i denne fase primært vendt indad, men også mod andre – i form af anklager. I denne fase er følelserne ofte stærke og meget vekslende. Nogle mennesker træffer beslutning om at tage deres liv i denne fase. Den energi, der frigøres, når valget er truffet, kan give den selvmordstruede

en følelse af ro og kontrol, som af omgivelserne kan fejlfortolkes som en forbedring i personens tilstand.

### 3. Flugt fra virkeligheden:

I denne fase er personen kommet så vidt, at de fleste fantasier, dagdrømme og planer drejer sig om selvmordshandlingen. Ydermere præges den selvmordstruedes liv af længsel efter at blive sørget over, og personen ser sig selv som elsket og betydningsfuld. Mod slutningen af selvmordsprocessen er personen ofte depressiv og har vanskeligt ved at se situationen fra andre synsvinkler. Derudover er situationen præget af en stærk følelse af håbløshed og desperation. Årsagen til håbløsheden kan være dyb depression, men også vanskelige livssituationer, f.eks. som følge af skuffelser i nære relationer.

For mange selvmordstruede er målet ikke døden, men de føler sig fanget i en uudholdelig situation, som de har mistet håbet om at kunne undslippe på anden måde. Selvmordet ses som eneste udvej. I løbet af denne proces formidler personen direkte eller indirekte sine tanker om døden og selvmord til omgivelserne.

### **Selvmordsmeddelelser**

Når et menneske overvejer selvmord, kommunikerer det ofte dette til nærtstående på en eller anden måde. I procesmodellen lægges vægt på, at der før et selvmord eller selvmordsforsøg, kan være både skjult og synlig selvmordsaktivitet. Selvmordsmeddelelser forekommer hos flertallet af de, som siden tager deres liv, også selvom det ikke altid observeres af omgivelserne (Runeson et al., 1996).

Selvmordsmeddelelser kan være:

- 1) direkte mundtlig kommunikation, hvor en person giver udtryk for sin hensigt om at tage sit eget liv

- 2) indirekte mundtlig kommunikation præget af håbløshed og opgivende udsagn som "jeg kan ikke fortsætte på denne måde"
- 3) direkte ikke-mundtlig kommunikation, eksempelvis det at anskaffe sig våben eller medicin
- 4) indirekte ikke-mundtlig kommunikation, f.eks. at skrive testamente, give ejendele væk eller betale sin gæld.

Det kan være svært for omgivelserne at opfange og håndtere sådanne signaler.

De hyppigste signaler, en selvmordstruet person kommunikerer til omgivelserne, er:

- ændret adfærd
- tale om døden eller om selvmord
- øget misbrug af alkohol eller narkotika
- ændret humør, især depressive følelser
- håbløshed
- forberedelser til at dø, f.eks. ved at skrive testamente, skille sig af med ejendele o.lign.
- tidligere selvmordsforsøg
- selvmord i familie eller hos andre nærtstående personer (Mehlum, 1999)

Den stiplede linie i modellen på side 4 repræsenterer den grænse, under hvilken selvmordsprocessen ikke er synlig for andre mennesker og måske heller ikke for individet selv. Selvmordstanker, planer og impulser kan alle være under linien. At det forholder sig på denne måde, kan måske kaste lys over de selvmord, der sker pludseligt og uforudsigeligt. Ud fra procesmodellen kan sådanne selvmord forklares ved, at den stiplede linie ligger så højt, at selvmordstilbøjeligheden ikke opdages, før det er for sent. Den stiplede linies placering afhænger formodentlig af mange faktorer, eksempelvis køn, alder, personlighedstræk samt sociale, kulturelle og religiøse forhold (Eskin, 1999). Højden på den stiplede linie bestemmer sandsynligvis proces-

sens varighed og forløb – jo højere placeret linien er, desto færre tydelige og åbenlyse signaler på selvmordsadfærd. Hvis den stiplede linie derimod ligger lavt, vil selvmordsprocessens længde antageligt forøges, fordi selvmordstilbøjeligheden bliver synlig tidligere. Dette giver mulighed for at forebygge og behandle på et tidligere tidspunkt og dermed forhindre, at processen afsluttes med et selvmord. Selvmordsprocessen kan afbrydes ved hjælp af behandling, men kan også nedtrappes spontant.

## 2. Processens begyndelse og varighed

Ifølge Retterstøl et al. (2002) kan selvmordsprocessen begynde i hvilken som helst alder, men den starter typisk i puberteten. Selvmordsprocessen begynder undertiden meget tidligt i livet. Nogle familier har specielle mønstre af selvmordsadfærd. En forælders selvmord indebærer markant risiko for skadet identitetsudvikling og kan blive et adfærdsmæssigt forbillede for, hvordan børn senere i livet på en destruktiv måde selv reagerer i perioder med modgang. Dette fænomen kaldes *suicidal transmission*.

Man ved relativt lidt om selvmordsprocessens varighed og om, hvilke faktorer, der kan påvirke varigheden. Den kan gennemlevs i løbet af dage, uger, måneder eller år. Processen kan således være kronisk, dvs. længerevarende, eller meget kortvarig. Nogle mennesker ledsages af selvmordstanker hele livet. Andre mennesker er præget af mere impulsive selvmordshandlinger tilsyneladende uden forudgående selvmordstanker og planer. Denne type adfærd er udbredt hos især unge mennesker og blandt visse personlighedstyper. Nogle selvmordshandlinger sker således med kort tid mellem tanke og handling, men selv disse impulsive handlinger er resultat af en forudgående tanke- og følelsesmæssig bearbejdning af selvmord som et muligt reaktionsmønster.

I et interessant studie har Runeson et al. (1996) undersøgt 58 selvmord blandt unge mennesker i alderen 15-29 år, specielt med henblik på perspektiver i selvmordsprocessen. Tidligere selvmordsforsøg forekom hos 66% af de afdøde, og 17% af mændene og 56% af kvinderne havde foretaget mere end to selvmordsforsøg. Selvmordsforsøg synes således at være en markant risikofaktor for senere selvmordsadfærd.

Tabel 1: Psykiske lidelser og varighed af selvmordsprocessen

<b>Lidelse</b>	<b>Gennemsnit</b>	<b>Median*</b>
Alvorlig depression	22 måneder (0-108)	3 måneder
Skizofreni	77 måneder (24-192)	47 måneder
Borderline	40 måneder (6-168)	30 måneder

\* Medianværdien angiver den værdi, der er lige midt i datamængden, dvs. at 50% af observationerne er højere og 50% er lavere end denne værdi. I eksemplet 'alvorlig depression' betyder det, at 50% af de alvorligt depressive gennemgik selvmordsprocessen i løbet af de første tre måneder, mens det for 50% varede mellem 3 og 108 måneder.

I Runeson et al.'s undersøgelse startede selvmordsprocessen typisk omkring 20 års alderen, men starttidspunktet blev påvirket af bl.a. køn og psykiatrisk diagnose. Det gennemsnitlige tidsinterval fra den første selvmordsmeddelelse frem til selvmordet var 37 måneder (median: 26 måneder), men udpræget kortere hos mænd (31 måneder, median: 12 måneder) end hos kvinder (52 måneder, median: 42 måneder). Dette kan skyldes, at mænd i mindre grad end kvinder kommunikerer deres selvmordstanker til andre (Runeson et al., 1996).

Af tabel 1 ses, at gennemsnitsintervallet var 77 måneder ved skizofreni (median: 47 måneder), 40 måneder ved borderline personlighedsforstyrrelser (median: 30 måneder) og 22 måneder ved alvorlig depression (median: 3 måneder). Personerne i undersøgelsen, der led af alvorlige depressioner, havde således en meget kort selvmordsproces med få eller slet ingen selvmordsmeddelelser eller -forsøg og mindre alvorlige, psykosociale stressfaktorer, der kunne udløse selvmordsadfærd. Modsat var langvarige lidelser, specielt skizofreni – men også borderline personlighedsforstyrrelser – kendetegnet ved en selvmordsproces af lang varighed, flere meddelelser omkring selvmords-

tilbøjeligheden, hyppigere tilstedeværelse af psykosociale stressorer og udpræget stofmisbrug.

Runeson et al.'s studie af selvmordsprocessen hos unge viser, at der gennemsnitligt går kort tid fra, at en depressiv person første gang taler om at tage sit liv til selvmordet begås. Gennemsnittiden for selvmordsprocessen hos depressive var imidlertid markant anderledes sammenlignet med de øvrige hovedgrupper af diagnoser. For skizofrene tog det gennemsnitligt 6½ år fra, at personen kommunikerede selvmordstanker til selvmordet fandt sted, for borderline personlighedsforstyrrede var gennemsnittiden lidt over 3 år.

### **Udløsende situationer**

Både faktorer, som kan medføre øget sårbarhed (f.eks. genetisk disposition eller opvækstmiljø) og aktuelle stressfaktorer i livet (f.eks. separationer) er af betydning for selvmordsprocessen. Forholdsvis normalt forekommende situationer kan sænke et menneskes forsvar og gøre det mere sårbart og modtageligt for depression og selvmordstanker. Blandt de udløsende situationer, som har vist sig at indebære en øget selvmordsrisiko for sårbare personer, kan nævnes:

- tab eller trussel om tab (især separation fra en betydningsfuld person)
- situationer der opleves krænkende eller som en fiasko, f.eks. afskedigelse fra arbejde eller dårlige karakterer
- arbejdsrelaterede problemer, f.eks. mobning
- stærke fysiske smerter
- indlæggelse eller udskrivning fra psykiatrisk afdeling

Ifølge procesmodellen kan bevidste og ubevidste tanker, planer og impulser til selvmordsadfærd optræde for herefter i perioder at aftage eller forsvinde og efterfølgende vende tilbage med ny styrke. Grundlaget for selvmordsprocessen er ofte lagt i barndommen. Krænkelserne fra barndommen kan udløses senere i

livet. Det er i høj grad balancen mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer, som bestemmer varigheden af selvmordsprocessen. Risikofaktorer og beskyttende faktorer har en mulig indflydelse på hvert stadie af selvmordsprocessen, dvs. at processen ikke nødvendigvis er determineret. De beskyttende faktorer kan sænke tempoet, stoppe eller helt afbryde processen, før den udvikler sig til selvmord. Hos langt de fleste mennesker standser processen, og selvmordstankerne bliver dæmpet, uden at personen begår selvmord.

### 3. Fire veje til selvmordet

Vi har set, at vejen mod et selvmord består af en gradvis udvikling af øget selvmordstilbøjelighed i et samspil mellem sårbarhedsfaktorer og umiddelbart udløsende forhold. Ved det enkelte selvmord vil det altid dreje sig om en unik sammensætning af forskellige faktorer, som står i et indbyrdes og tidsmæssigt forhold til hinanden. Selvom enhver selvmordsproces er individuel, er det dog muligt at opstille fire typiske forløb af selvmordsprocessen, der hver især beskriver en ophobning af psykiske belastninger og fravær af beskyttende faktorer, som gør, at selvmordet opleves som en løsning (efter Kerkhof & Arensman, 2001):

*1. Selvmord efter mange år med vedvarende selvmordstanker, planlægning og ikke-dødelig selvmordsadfærd*

Relativt normalt udviklingsmønster, der kan forekomme hos kronisk, psykisk syge, f.eks. ved: svær depression, skizofreni, alkohol- og stofmisbrug og alvorlig personlighedsforstyrrelse. Disse personers historie er ofte præget af traumatisering, vedvarende relationelle problemer, psykiatrisk behandling, livslang modgang, samt ét eller flere selvmordsforsøg. Denne vej til selvmordet afspejler en permanent sårbarhed.

*2. Selvmord efter perioder med tilbagevendende selvmordstanker, planlægning og ikke-dødelig selvmordsadfærd*

Relativt ofte forekommende mønster som indeholder episodiske udtryk for den underliggende sårbarhed, efterfulgt af perioder, hvor personen kun er lidt eller slet ikke selvmordstruet. Når personen ikke bliver konfronteret med modgang i livet, ligger sårbarheden latent. Begivenhederne, som udløser den underliggende sårbarhed, kan være en del af et normalt liv (f.eks. ægtefælles død, arbejdsløshed), men på grund af sårbarheden

aktiveres selvmordstanker, planlægning og selvmordsadfærd. 3. *Selv mord efter kun én periode med selvmordstanker og planlægning*

En mindre hyppigt forekommende situation er, at der efter kun én periode med modgang i livet aktiveres pludselige selvmordstanker og/eller planer. Denne type selvmord forekommer hos mennesker, som det meste af livet ikke udtrykte sin latente sårbarhed i forhold til selvmord, og som havde et godt og produktivt liv, men som pludselig kollapsede efter en alvorlig trussel mod egen trivsel, f.eks. tab af arbejde, ægtefælle eller førlighed.

4. *Selv mord uden forudgående selvmordstanker eller planlægning*

Et endnu sjældnere fænomen er, at personer begår selvmord uden at have haft selvmordstanker eller -planer. Behovet for at begå selvmord opstår tilsyneladende pludseligt. Disse selvmord kan fremskyndes af hændelser, som på alvorlig måde truer selvværdet (f.eks. en alvorlig krænkelse eller økonomisk tab). Sandsynligheden for denne type selvmord påvirkes af situationelle faktorer såsom tilgængelighed af våben, medikamenter, m.v.

## 4. Vurdering af procesmodellen

Selvmondsprocesstilgangen er et anvendeligt udgangspunkt, når man vil forstå forløbet og de umiddelbare karakteristika ved en persons selvmordstilbøjelighed. Klinisk såvel som teoretisk er modellen et brugbart værktøj til at forstå de mentale tilstande, der går forud for selvmordsadfærd. Modellens styrke er bl.a., at den indfanger tidsaspektet i selvmordsprocessen som en kontinuerlig, fremadskridende proces. Enhver model er imidlertid en lidt firkantet tilnærmelse til virkeligheden. Procesmodellen er ingen undtagelse. Nedenfor har vi anført en række punkter, som stadig er åbne spørgsmål i processtilgangen:

- Er der individuelle variationer og karakteristika i selvmordsprocessen? Passer modellen på alle mennesker uanset køn, alder, etnicitet osv.?
- Selvmordsprocesstilgangen forudsætter en underliggende sårbarhed over for selvmordsadfærd, som aktiveres, hvis man udsættes for stress. Det er imidlertid uklart præcist, hvad denne prædisposition er, og hvordan den er skabt.
- Modellen fokuserer mere på udvikling end på risikofaktorer og konkrete mekanismer i selvmordsprocessen. Modellen viser med andre ord ikke præcist hvilke konkrete beskyttende eller belastende faktorer, der spiller ind eller hvordan. Kan visse faktorer eksempelvis forstærke eller forsinke processen? Kan faktorerne have en forsinket effekt?

Der er især brug for yderligere forskning i, hvilken rolle sociale, personlige, familiære og kulturelle faktorer har for individets selvmordstilbøjelighed. Vi ved ikke nok om, hvordan de enkelte belastende og beskyttende faktorer spiller sammen i selvmordsprocessens forløb.

Overordnet set er procesmodellen dog særdeles anvendelig. Den er en letforståelig introduktion til dét, en selvmordstruet person gennemgår op til en selvmordshandling. Den kan forstås uden forhåndskundskaber og kan derfor med fordel anvendes i undervisningsøjemed og i forebyggelsesarbejde.

## 5. Litteratur

Beskow, J. (1979). Suicide and Mental Disorder in Swedish Men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 277 (suppl.), 1-138.

Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.

Kerkhof, A. J. F. M. & Arensman, E. (2001). Pathways to suicide: The epidemiology of the suicidal process.

Mehlum, L. (1996). Suicidal prosess og suicidale motiver. Selvmord i lys av Vincent van Goghs kunst, livsløp og sykehistorie. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 116, 1095-1101.

Mehlum, L. (Red.) (1999). *Tilbake til Livet*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Retterstøl, N; Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.

Runeson, B. S., Beskow, J. & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.

van Heeringen Kees (red.) (2001). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. Chichester, UK: Wiley.

Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D. Wasserman (Ed.). *Suicide: An unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

## 6. 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:

9. *Sæsonsvingninger i selvmordsadfærd (2003)*

Børge F. Jensen

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

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



## ***Faktaserien***

*præsenterer studerende, kursister og andre med interesse for selvmordsforebyggelse for*

- fakta om selvmord (antal og udvikling)*
- fakta om selvmordsforsøg (antal og udvikling)*
- korte forskningsbidrag*
- studiemateriale*

*Det er tilladt at citere fra **Faktaserien** med tydelig kildehenvisning*

***Faktaserien** kan rekvireres ved henvendelse til centret. Pris kr. 25,00*

***Center for Selvmordsforskning** er oprettet 1989 og har siden 1999 været en selvejende institution under Socialministeriet*

***Center for Selvmordsforskning** indgår i European Network on Suicide Prevention and Research under WHO*

***Center for Selvmordsforskning** varetager*

- forskning i selvmord og selvmordsforsøg*
- registrering af selvmordsforsøg*
- registrering af selvmord*
- vidensformidling*
- uddannelse*