

## Rozdział 3

# Czynniki ryzyka wśród nastoletnich samobójców

Uważam, że kontrola jest ważna. Nie można panować nad wszystkim, co się dzieje naokoło, ale można kontrolować to, co robimy sami sobie.

(Spandler 1996:34)

Samouszkodzanie najczęściej występuje pod wpływem złości, rozpaczy czy w wyniku niskiej samooceny. Celowe samookaleczenie może być formą kary, zmanifestowania negatywnych uczuć tłumionych wewnątrz siebie, które po akcie autoagresji znajdują ujście, lub jest to wynik poczucia beznadziejności.

Jednymi z najtrudniejszych wyzwań stawianych badaczom zachowań samobójczych, jest zidentyfikowanie powodów ich występowania. Odnosi się to w szczególności do badań w dużym stopniu opartych na dowodach, ponieważ badania naukowe pozwalają jedynie ustalić czynniki przyczyniające się do występowania zachowań samobójczych, a następnie na ich podstawie wysnuć wnioski dotyczące powodów ich występowania.

Wiele czynników zostało wskazanych i opisanych w literaturze poświęconej zachowaniom samobójczym. Jednak związek przyczynowo-skutkowy opiera się na założeniu, że czynniki ryzyka łączą się ze sobą, wobec czego nie można wyodrębnić jednego elementu przyczynowego. Beautrais (1998) omawia problemy metodologiczne badań nad czynnikami, wywołującymi zachowania samobójcze i dochodzi do wniosku, iż jest to obszar tak złożony, że można przeprowadzić badania właściwie w każdym zakresie, jednak wyciągnięcie konkretnych wniosków nie jest możliwe ze względu na ową problematyczność obszaru. Praca z dowodem empirycznym pokazała jednak, że niektóre z wyodrębnionych czynników ryzyka okazują się grać bardzo ważną rolę.

Pomimo, że dowody muszą być wzmocnione, aby złożoność relacji między czynnikami ryzyka mogła być lepiej zrozumiana, to wyniki wielu badań są podobne, zapewniając tym samym podstawę dla rzetelnej oceny ryzyka samobójstw (Beautrais 1998). Materiały

badawcze dowodzą, że zachowania samobójcze wiążą się ze skomplikowanymi słabościami i nie są one wynikiem pojedynczego stresora. Przyczyną zachowań samobójczych nie jest więc pojedynczy czynnik ryzyka, lecz ich skumulowanie u osoby o słabej odporności i elastyczności psychicznej.

Narażenie na stres może być spowodowane wieloma czynnikami, na przykład, znęcanie się rówieśników, utrata bliskiej osoby, problemy mieszkaniowe, uzależnienie, problemy związane z pochodzeniem rasowym, kulturą czy religią, dojrzewanie, pieniądze, presja dopasowania się do innych, odczucia związane z seksualnością, kłopoty z przyjaciółmi, w szkole lub w domu. Jeśli kilka takich problemów wystąpi w tym samym czasie, osoba, która już wcześniej była słaba emocjonalnie, nie potrafi sobie poradzić z ciężarem psychicznym.

Przyczyny i współzależności zachowań samobójczych wysunięte w badaniach to: zaburzenia (fizyczne i psychiczne, również uzależnienie od alkoholu lub narkotyków), czynniki osobiste (wsparcie otoczenia i postawa wobec samobójstw), stresujące wydarzenia życiowe (strata pracy, bliskiej osoby), szersze środowisko kulturowe (zmiany ekonomiczne i kulturowe) oraz dostęp do metod (łatwy dostęp do środków śmiertelnych) (Charlton, Kelly, Dunnell 1993).

Czynniki, które są związane z zachowaniami samobójczymi, to:

- problemy rodziców (przestępczość, pobieranie zasiłku)
- zaburzenia w wychowywaniu (okresy wychowywania w lokalnych ośrodkach opieki, problemy rodziców, takie jak rozwód czy separacja )
- ciągłe problemy w relacjach rodzinnych
- problemy psychiczne dziecka (poczucie beznadziejności i depresja)

Autopsja psychologiczna jest uznaną od trzydziestu lat metodą, używaną w badaniu psychicznych i psychospołecznych cech ofiar prób samobójczych. Na początku była ona stosowana na osobach dorosłych, jednak z czasem odkryto dla niej również zastosowanie w badaniach głównie nastolatków. (Brent i in. 1988b; Marttunen i in. 1991; Shafii i in. 1988). Większość badań z wykorzystaniem tej metody zostało przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych. Wyniki wykazały, że czynnikami ryzyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży są zaburzenia psychiczne, w szczególności depresja dwubiegunowa, poprzednie próby samobójcze oraz nadużywanie alkoholu i/lub innych używek (Shaffer i in. 1996; Shafii i in. 1988).

W Zjednoczonym Królestwie jednak psychologiczna autopsja została zastosowana w niewielu badaniach młodzieży (np. Houston, Hawton i Shepperd 2001, Shaffer 1974).

## Modele zachowań samobójczych

### Model psychodynamiczny

Badania ukazały wiele mechanizmów psychologicznych, które przyczyniają się do wywoływania kryzysów samobójczych, wobec czego zaproponowano model psychodynamiczny, w którym omówiono zmienne osobowościowe i czynniki poznawcze. Pomimo, że Freud nigdy nie napisał żadnej pracy, która dotyczyłaby samobójstw, to „Żałoba i melancholia” (*Mourning and Melancholia* (1917) wywarła wielki wpływ. Dokonał w niej porównania ciężkiej depresji z uczuciem żalu po stracie bliskiej osoby. Freud uważał, że większość ludzi jest w stanie poradzić sobie ze stratą bliskiej osoby, jednak osoba mniej odporna psychicznie nie może znieść tego rodzaju doświadczenia i w rezultacie reaguje gniewem.

Powoduje to ambiwalencję, ale osoba zachowuje obraz bliskiej sobie osoby poprzez zinteranlizowanie go z częścią swojego własnego ego. Niemożność wyrażenia swojego gniewu do ukochanej osoby wywołuje obwinianie siebie i dążenie do samookaleczenia. Stillon i McDowell (1996) zwracają uwagę na kilka związanych z tym aspektów w późniejszych pracach Freuda. Zaproponował on dwie siły energetyczne, istniejące w ciągłej dynamicznej równowadze – Eros i Thanatos. Pierwsza to siła życia, której celem jest przetrwanie, natomiast druga to instynkt śmierci.

W ciągu życia człowieka obie siły toczyły nieustanną walkę między sobą. Myśli samobójcze zostają wycofane do nieświadomości pozostawiając mniej energii na rozwój i wzrost. Siła życia Eros jest zagrożona przez siłę śmierci Thanatosa. Samobójstwo jest wobec tego określone przez Freuda jako wewnętrzna walka. Inni badacze rozwinęli tę myśl, np. Zilboorg (1937), który włączył w nią pojęcia zemsty, strachu, złości i pragnienia ucieczki jako czynniki wywołujące samobójstwo oraz zasugerował, że większość samobójstw to działania charakteryzujące się impulsywnością. Wiele sugestii zaproponowanych we wczesnej teorii psychodynamicznej znalazło swe odzwierciedlenie w późniejszych pracach empirycznych.

### Model „Krzyk rozpacz” (Cry of pain)

Williams (1997) jest autorem modelu zachowań samobójczych, który zakłada, że mogą być one określone jako „krzyk rozpacz”. Osoba, która czuje, że znajduje się w sytuacji porażki, próbuje od niej uciec. Uczucie porażki może być rezultatem czynników zewnętrznych, takich jak bezrobocie, stres w pracy, kłopoty w związku lub

wewnętrzny niepokój. Osoby takie czują, że znalazły się w sytuacji, z której nie ma wyjścia ani pomocy. Model „krzyk rozpacz” opisuje kombinacje okoliczności, w których osoba postrzega siebie jako przegraną i pokonaną bez możliwości ucieczki i pomocy. Środki, którymi może sobie zrobić krzywdę, są dla niej dostępne.

Model ten ma zastosowanie zarówno przy zachowaniach autodestrukcyjnych bez skutków śmiertelnych, zachowaniach z możliwym skutkiem śmiertelnym oraz samobójstwach. Wrażliwość osoby jest wobec tego zależna od „potencjału ucieczki” od stresującej sytuacji. Mniej groźne zachowania autodestrukcyjne są próbą ustalenia nowych ścieżek ucieczki. Bardziej groźne w skutkach zachowania, w tym samobójstwo, są „krzykiem rozpacz” – osoba nie widzi dla siebie wyjścia, ucieczki ani pomocy. Model ten podkreśla bardziej reaktywną niż komunikatywną naturę zachowań samobójczych, wywoływanych przez kombinacje okoliczności, widzianych jako wołanie o pomoc.

### **Rozwiązywanie problemów**

Zaburzenia w umiejętności rozwiązywania problemów są cechą psychologiczną zaobserwowaną u dorosłych osób, które podjęły próby samobójcze (McCleany i in.1987, Schotte i Clum 1987). Jeśli zachowanie samobójcy jest kojarzone z poczuciem braku możliwości ucieczki z danej sytuacji, wówczas ważną rolę gra zaburzenie umiejętności rozwiązywania problemów. Wiele badań wskazało ważne różnice pomiędzy umiejętnościami rozwiązywania problemów osób podejmujących próby samobójcze i osób z grupy kontrolnej. Zaobserwowano deficyty w umiejętnościach nastolatków jeśli chodzi o rozwiązywanie problemów w następstwie przedawkowania, takie np. jak słabe i świadczące o nieprzystosowaniu reakcje na problem (Sadowski i Kelly 1993). Generowanie mniejszej liczby rozwiązań, większe skupienie na problemie niż na potencjalnym rozwiązaniu oraz życzeniowe myślenie były głównymi cechami nastolatków po próbach samoostrucia (Rotheram-Bonis i Trautman 1990). Podobnie Orbach, Bar-Joseph oraz Dror (1990) odkryli, że nastolatki, którzy samookaleczali się, byli bardziej zależni od innych, mniej samodzielni oraz mniej efektywni w rozwiązywaniu problemów. Rozwiązania osób samouszkodzających się zawierały mniej odnośników do przyszłości niż osób, które nie popełniały prób samobójczych. Osoby w wieku 13 – 18 lat, które w przeszłości doświadczyły przedawkowania lub dokonywały powtarzających się w ciągu roku prób samobójczych uzyskiwały niższe wyniki w teście samooceny umiejętności rozwiązywania problemów oraz efektywności tego procesu od osób, które nie powtarzały prób samobójczych (Hawton i in. 1999).

Cechy osobowościowe jako czynniki ryzyka

## **Impulsywność**

Następną badaną cechą była impulsywność. Wiele badań zostało przeprowadzonych wśród nastolatków. Okazuje się, że jest to częsta cecha w tej grupie wiekowej oraz że charakteryzuje ona osoby podejmujące próbę samobójczą za pomocą otrucia niezależnie od występowania u nich depresji (Kingsbury i in. 1999). Na przykład badania przeprowadzone przez Hawton i in. (1982b) na grupie nastolatków przyjętych do szpitala z powodu próby otrucia dowiodło, iż było to działanie impulsywne. Połowa z pięćdziesięciu nastolatków po próbie samootrucia podczas badania oświadczyła, że przed popełnieniem próby myśleli oni na poważnie o tej decyzji krócej niż przez 15 minut. Osiem osób przyznało, że myślało o tym od 15 minut do 1 godziny, natomiast tylko 4 osoby rozmyślały o otruciu się przez więcej niż 24 godziny. W badaniu Kerfoota i in. (1996) większość badanych dokonała niezaplanowanych prób otrucia, a jedynie 20% planowało samobójstwo przez więcej niż 3 godziny. Podobnie Pfeffer i in. (1988) odkryli, że nastolatki z tendencjami do zachowań wybuchowych i agresywnych byli w grupie większego ryzyka powtórzenia próby samobójczej. Zwiększone prawdopodobieństwa stwierdzono również u dzieci i nastolatków charakteryzujących się impulsywnością i zachowaniami związanymi z brakiem poczucia niebezpieczeństwa (Shafii i Shafii 1982).

Hawton i in. (1982a) odkryli, że większość samobójstw nastolatków jest działaniem nieplanowanym. Inne badania wykazały, iż jedynie w 25% udanych prób samobójczych nastolatków znaleziono dowody na ich wcześniejsze zaplanowanie. Większość samobójstw nastolatków to akty impulsywne (Hoberman i Garfinkel 1988, Shaffer i in. 1988). Shaffer (1974) w badaniu samobójstw nastolatków stwierdził, że impulsywność, perfekcjonizm, wycofanie i zamknięcie w sobie były związane z cechami osobowościowymi.

## **Poczucie beznadziejności**

Istnieje zgoda wśród badaczy, że zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży są związane z objawami depresyjnymi i depresją (Kovacs, Goldston i Gutsonis 1993). Brent i inni (1993 b) stwierdzili, że w przypadkach, gdy u pacjenta po przyjęciu do szpitala i po sześciomiesięcznej obserwacji zdiagnozowano depresję, można było uznać ten fakt za predyktor zachowań samobójczych. Depresja jest jednym z najlepszych wskaźników przyszłych prób samobójczych u osób w wieku dojrzewania (Garrison i in. 1991). Jednakże jest również wiele innych zmiennych, które mogą się pojawić pomiędzy depresją i samobójstwem. Poczucie beznadziejności jest również uznawane jako związane z myślami samobójczymi oraz z samymi zachowaniami samobójczymi wśród niektórych grup

nastoletnich pacjentów (Kazdin i in. 1983). Dzieci podejmujące próby samobójcze mają większe poczucie beznadziejności niż dzieci, które takich prób nie podejmowały (Pfeffer i in. 1979). Odkrycie to poparli Marciano i Kazdin (1994), którzy udowodnili, że dzieci-samobójcy charakteryzują się większym poziomem depresji, poczucia beznadziejności oraz mniejszym poczuciem własnej wartości w porównaniu z dziećmi, które nie podejmowały prób samobójczych. Również Kashani i in. (1991) odkryli, że dzieci przejawiające większy poziom poczucia beznadziejności były bardziej skłonne do popełnienia samobójstwa. Kerfoot i in. (1996) zbadał zależności występujące u nastolatków próbujących się otruć i odkrył, że poziom myśli samobójczych i poczucie beznadziejności były znacznie wyższe u osób po przedawkowaniu niż u osób z grup kontrolnych.

### **Gniew i wrogie nastawienie**

Niektóre z badań skupiły się nad gniewem i wrogim nastawieniem. Wykazały one, że młodzi samobójcy są bardziej agresywni niż grupy kontrolne (Simonds, McMahon i Armstrong 1991). Apter i in. (1988) przeprowadzili badania nastoletnich pacjentów szpitali psychiatrycznych i wykazali, że ci ze stwierdzonymi zaburzeniami zachowania myśleli więcej o samobójstwie, niż ci ze zdiagnozowaną depresją. Podobnie, Hawton i in. (1982c) uznali, że nastoletni samobójcy wykazujący zachowania antyspołeczne charakteryzowali się większą liczbą powtarzanych prób samobójczych niż ci, którzy nie przejawiali zachowań antyspołecznych. Pięćdziesiąt procent nastolatków, którzy zachowywali się agresywnie i próbowali przedawkowania, powtarzali próby w przeciągu roku.

Problemy ze zdrowiem psychicznym niosą za sobą zwiększone ryzyko zarówno dokonanych, jak i niedokonanych samobójstw. Beautrais, Joyce i Mulder (1998) przeprowadzili badanie porównawcze 129 niedoszłych samobójców z grupą kontrolną (153 osoby w wieku od 13 do 25 lat). Przedmiotem badania były zaburzenia psychiczne u młodych ludzi, podejmujących poważne próby samobójcze w Nowej Zelandii. 89.5% pacjentów wykazujących zachowania samobójcze cierpiało na zaburzenia psychiczne. U 54.3 % pacjentów wykryto współwystępowanie kilku zaburzeń, z czego 90.7% cierpiało na choroby psychiczne przez całe życie. Jednakże w badaniu tym stwierdzono wiele problemów metodologicznych. Po pierwsze, niedoszli samobójcy byli osobami znacznie młodszymi od osób z grupy kontrolnej. Nie dopasowano grupy kontrolnej w celu porównania innych różnic, które mogłyby mieć wpływ na wynik badania, np. status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie etniczne, sposób podjęcia próby samobójczej itd. Po

Zaburzenia  
psychiczne jako  
czynniki ryzyka

drugie, przypadki osób przyjętych na izbę przyjęć, które musiały pozostać w szpitalu 24 godziny, zawężają w ten sposób możliwość uogólnienia rezultatów jedynie do bardziej poważnych przypadków. Po trzecie, ważne jest, by zwrócić uwagę na sposób zbierania informacji, które były uzyskane poprzez wywiady z pacjentami i ich najbliższymi osobami. Pamięć ludzka ma swoje ograniczenia i tendencje do błędów, co może prowadzić do niedoceniania lub przecenienia danych wydarzeń. Uwzględniono ten aspekt w badaniach poprzez rozmowy również z osobami bliskimi pacjentów, aby potwierdzić uzyskane od tych ostatnich informacje. Prawdliwość diagnozy zaburzenia psychicznego została również sprawdzona poprzez powtórny pomiar, a osoby z grupy kontrolnej zostały wybrane z rejonu, na którym znajdował się szpital. Oprócz tego, wyniki tych badań są zgodne z innymi badaniami (np. Brent i in. 1988a, 1993b; Marttunen i in. 1991; Shaffer i in. 1988; Shafii i in. 1988).

Podobnie również Garnefski i Diekstra (1995) przeprowadzili badanie porównawcze 477 pacjentów z historią zachowań samobójczych oraz 477 osób z grupy kontrolnej w wieku od 12 do 19 lat. Przedmiotem badań były zachowania samobójcze oraz współwystępowanie problemów zachowania, emocjonalnych i poznawczych wśród nastolatków. Badania wykazały, że osoby, które nie podejmowały prób samobójczych przejawiały problemy z “pojedynczej” kategorii psychiatrycznej, podczas, gdy niedoszli samobójcy doświadczali wielu problemów na tle kilku kategorii. Oprócz tego zauważono, iż liczba problemów poznawczych, emocjonalnych i zachowaniowych była bardziej związana z historią zachowań samobójczych niż z typem doświadczanych problemów. Istnieje jednak wiele kwestii dyskusyjnych, dotyczących metodologii badań. Po pierwsze, informacje zostały uzyskane za pomocą kwestionariusza samooceny bez bogatej dokumentacji medycznej na poparcie zebranych danych. Pamięć ludzka jest ograniczona i w tym przypadku, gdy zebrane informacje nie zostały potwierdzone, wystąpienie błędów jest bardzo prawdopodobne. Po drugie, pacjenci reprezentowali grupę białych licealistów, co spowodowało, że wyniki badań są ograniczone i nie mogą być uznane za odnoszące się również do innych grup populacyjnych. Pomimo tych ograniczeń, grupa kontrolna i osoby z grupy niedoszłych samobójców byli reprezentantami tej samej grupy populacyjnej i wydaje się, że różniły się jedynie podjęciem próby samobójczej. Uczestnicy byli również dobrani pod względem wieku, rodzaju szkoły, typu wykształcenia i płci. Wielkość grup była odpowiednia, a sami autorzy badania przyznają, że użycie kwestionariusza samooceny ma swoje negatywne strony. Odkrycie, że współwystępowanie kilku zaburzeń ma miejsce u nastolatków,

k którzy podejmują próby samobójcze, jest również potwierdzone przez kilka ostatnich badań (Houston i in. 2001; Kerfoot i in. 1996).

Dowodów potwierdzających relacje pomiędzy zachowaniami samobójczymi i depresją, zachowaniami antyspołecznymi i nadużywaniem substancji pojawia się coraz więcej (Kerfoot 1996). Gould i in. (1998) wykazali, że nastrój, niepokój i zaburzenia związane z nadużyciem/uzależnieniem niezależnie od siebie zwiększały ryzyko występowania prób samobójczych. Oprócz tego, w grupach licealistów ustalono powiązania pomiędzy zachowaniami samobójczymi oraz problemami poznawczymi i/lub emocjonalnymi, takimi jak niska samoocena oraz nastrój depresyjny (Clark 1993; Garrison 1989; Kienhorst i in. 1990a; Lewinsohn, Rohde i Seeley 1993; Pronovost, Cote i Ross 1990; Rubenstein i in. 1989; Smith 1990; Smith i Crawford 1986; Spirito i in. 1989). Inni wykazali występowanie powiązania z problemami zachowaniowymi, takimi jak nadużywanie substancji oraz zachowania agresywne i przestępcze (Andrews i Lewinsohn 1992; Dubow i in. 1989; Garnefski, Diekstra i de Heus 1992; Kienhorst i in. 1990b; Lewinsohn i in. 1993; Smith 1990; Spirito i in. 1989).

Badania metodą autopsji psychologicznej wykazują, że 90% nastolatków niedoszłych samobójców cierpi na zaburzenia psychiczne (Brent i in. 1988a, 1993b; Marttunen i in. 1991; Shaffer i in. 1988; Shafii i in. 1988). Diagnozy obejmowały zaburzenia afektywne, nadużywanie środków psychoaktywnych i zaburzenia osobowości (Marttunen i in. 1991). 1991). Brent i in. (1993c) wykazali, że najważniejszą diagnozą była depresja (43%), następnie zaburzenia zachowania (28%) i nadużywanie środków odurzających (27%). Podobnie Shaffer i in. (1996) wykryli, że częstymi grupami zdiagnozowanych chorób były zaburzenia nastroju, zaburzenia destrukcyjne, takie jak zaburzenia zachowania, oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu. Jednakże nie ma zgody co do typu zaburzenia psychicznego najbardziej związanego z samobójstwami wśród nastolatków. Niektórzy uważają, że nadużywanie substancji i zaburzenia antyspołeczne są najpopularniejszymi problemami psychicznymi (Rich, Sherman i Fowler 1990; Rich, Yound i Fowler 1986) podczas gdy inni podają, że choroby afektywne są najczęstsze (Brent i in. 1988a; Shafii i in. 1988). Brent i in. (1993b) podali, że największym zdiagnozowanym czynnikiem ryzyka była depresja. Oprócz tego odkryli podwyższone występowanie nadużywanie substancji i zaburzeń zachowania. Houston i in. (2001) badali metodą autopsji psychologicznej ryzyko występowania zachowań samobójczych jako wynik problemów psychicznych. Zbadali przypadki

27 samobójstw młodych osób w wieku pomiędzy 15 a 24 rokiem życia. Choroby psychiczne występowały u 70,4% z nich. Dominujące były zaburzenia afektywne. Zaburzenia osobowości były obecne u ponad jednej czwartej badanych. Jednakże nadużywanie substancji było czynnikiem względnie rzadkim, pomimo, że często występującym w innych badaniach. Prawie wszystkie osoby doświadczały kilku problemów w momencie śmierci, w większości z nich problemy psychiczne zostały ocenione jako najbardziej przyczyniające się do ich samobójstwa (59,3%).

Również współwystępowanie zaburzeń psychicznych wydaje się być częste u nastolatków, którzy popełnili samobójstwo lub którzy przejawiają zachowania samobójcze (Houston i in. 2001; Kerfoot i in. 1996).

### **Depresja**

Depresja została zdiagnozowana jako jedno z najczęstszych psychicznych zaburzeń u nastolatków podejmujących celowe próby samookaleceń. Badania sugerują, że dzieci, które dokonywały okaleczeń mają wiele cech wspólnych z dziećmi cierpiącymi na depresję (de Wilde i in.1993; Pfeffer 1992). Niektórzy badacze odkryli, że następstwo celowego samookaleczenia jest podobne do następstw depresji przeżywanej w czasie dzieciństwa (Lewinsohn, Rohde i Seeley 1994), a powtarzające się akty samookaleceń są często z nią powiązane (Pfeffer i in. 1993). W kontekście tych wyników badań, łatwiej można zrozumieć celowe okaleczenie jako symptom depresji, jednak Kerfoot i in. (1996) są przeciwni tej tezie, argumentując, że depresja ma inne znaczenie w kontekście celowego samookaleczenia. Ich badanie wskazuje, że zaburzenia depresyjne często zostają złagodzone po celowym samookaleczeniu.

Kerfoot i in. (1996) odkryli, że u 67% nastolatków, którzy próbowali się otruć, zdiagnozowano zaburzenia depresyjne. Oprócz tego, Burgess i in. (1998) również badali grupę nastolatków podejmujących próbę otrucia i wykryli wysoki poziom psychopatologii. U 72% nastolatków zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, z czego 48% to przypadki depresji. Ponadto Hawton i inni (1999) wykazali, że młode osoby w wieku pomiędzy 13 a 18 rokiem życia, które w przeszłości przedawkowały oraz/lub w ciągu następnego roku pojawiały się u nich powtarzające się akty samookaleceń, mają wyższe wskaźniki w badaniach dotyczących depresji, poczucia bezsilności, oraz obniżone wskaźniki poczucia własnej wartości, niż osoby, które prób samobójczych nie powtórzyły. Czynniki ryzyka wskazane w badaniu osób podejmujących wielokrotne próby samobójcze obejmują przynależność do płci męskiej, występowanie poprzed-

nich prób, symptomatologię depresji, niski poziom komunikacji oraz poczucie bezsilności (Choquet i Menke 1990; Pfeffer i in. 1991; Sellar i in. 1990).