

Krzywdzenie dzieci jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych – przegląd literatury

Child maltreatment as a risk factor for suicidal behaviour – a literature review

Agata B r z o z o w s k a

Z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM W Warszawie
p.o kierownik kliniki: dr hab. med. T. Wolańczyk

Summary: Based on a review of studies done in the last 20 years the author presents recent knowledge on the possible relationship between child maltreatment and suicidal behaviour in childhood, adolescence and adulthood.

Słowa klucze: zachowania samobójcze (skrót: z.s.), próby samobójcze (skrót: p.s.), czynniki ryzyka, krzywdzenie dzieci

Key words: suicidal behaviour, suicide attempts, risk factors, child maltreatment

Wstęp

Krzywdzenie dzieci jest zespołem zachowań wobec dziecka, obejmującym stosowanie przemocy fizycznej, wykorzystywanie seksualne i emocjonalne oraz zaniedbywanie zaspokajania jego podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych. Dziecko, które jest krzywdzone, doznaje na ogół różnych form maltretowania jednocześnie, nierzadko w wyniku zachowań tej samej osoby [1].

Klinicyści, którzy mają kontakt z dziećmi krzywdzonymi, są przekonani, że złe traktowanie dzieci i dorastającej młodzieży przez rodziców może wywierać krótko- i długotrwały wpływ na ich rozwój emocjonalno-społeczny, determinując liczne problemy życiowe wynikające z nieprawidłowych wzorców relacji interpersonalnych [1, 2, 3]. Spekuluje się, że maltretowanie dzieci przez bliskich, jako w większości przypadków chroniczny czynnik traumatyczny, zwiększa ryzyko ich zachowań samobójczych [3, 4].

Na podstawie badań nad zachowaniami samobójczymi dzieci i młodzieży wyłoniono wiele czynników ich ryzyka. Przyczyniło się to do wzbogacenia funkcjonującej do chwili obecnej koncepcji wieloczynnikowych uwarunkowań z.s., w myśl której są one skutkiem długotrwałego procesu oddziaływania na jednostkę wielu różnych biopsychospołecznych czynników ryzyka [5].

Zachowania samobójcze a maltretowanie

W opublikowanym w 1980 roku doniesieniu [6] Roberts i Hawton na podstawie badań społeczności Oksfordu stwierdzili, że rodzice dzieci, które były maltretowane, zaniebnywane lub wg autorów istniało wobec nich poważne ryzyko przemocy, istotnie częściej niż osoby z populacji ogólnej podejmowali próby samobójcze (matki 59,6% vs 11,5%, ojcowie 16,8% vs 6,5%). Nie stwierdzono, by próby samobójcze rodziców były konsekwencją wykrycia stosowania przemocy wobec dziecka. 29% rodzin miało za sobą p.s. co najmniej jednego z rodziców [6]. Autorzy zwrócili uwagę, że zjawisko maltretowania dzieci i próby samobójcze rodziców współistniały zwłaszcza wówczas, gdy rodzice korzystali z pomocy psychiatrycznej oraz mieli poważne problemy małżeńskie albo byli rozwiedzeni czy żyli w separacji lub krótkotrwałym nieformalnym związku [6].

Według autorów opisanych powyżej badań rozpad związku małżeńskiego mógł przyczynić się zarówno do maltretowania dziecka, jak i podjęcia próby samobójczej przez rodzica. Podkreślono też znaczenie występowania zaburzeń psychicznych u osób prezentujących zachowania samobójcze, co potwierdzają także wyniki badań innych autorów [6, 7].

Prowadzone w latach 80. badania retrospektywne dorosłych pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych ujawniły, że niektórzy z nich w przeszłości byli wykorzystywani seksualnie lub doświadczaali przemocy fizycznej [8, 9]. W późniejszych badaniach stwierdzono, że kobiety, które w dzieciństwie były wykorzystywane seksualnie, prezentowały w życiu dorosłym zachowania autodestrukcyjne i samobójcze [10, 11, 12].

Van der Kolk i wsp. [11] na podstawie badań 74 pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline, antyspołecznymi i schizotypowymi, oraz zaburzeniem dwubiegunowym podtypu II (wg kryteriów DSM-III) stwierdzili, że przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka powtarzających się samookaleczeń i prób samobójczych. Czteroletnia obserwacja pozwalała stwierdzić, że pacjenci ze szczególnie poważnym doświadczeniem zaniedbania i separacji od opiekunów oraz wykorzystywania seksualnego, mimo dalszej opieki specjalistycznej, ponawiają zachowania autodestrukcyjne [11].

Brodsky i wsp. [12] na podstawie badań 214 pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline stwierdzili, że wykorzystywanie seksualne i przemoc fizyczna w okresie dzieciństwa oraz impulsywność jako cecha osobowości, istotnie wiążą się z pozytywnym wywiadem w kierunku podejmowania prób samobójczych. Badanie było kontrolowane pod względem występowania zaburzeń depresyjnych i nadużywania substancji psychoaktywnych, które same w sobie podwyższają ryzyko z.s. Pozytywny wywiad w kierunku krzywdzenia w istotny sposób korelował też z liczbą podejmowanych w przeszłości p.s. [12].

Sansonnett-Hayden i wsp. porównali grupę 17 wykorzystywanych seksualnie adolescentów z grupą 37 niewykorzystywanych seksualnie i stwierdzili, że w pierwszej grupie, znacznie częściej niż w drugiej, w roku poprzedzającym hospitalizację podejmowano próby samobójcze (cyt. wg: [13]).

Deykin i wsp. [14] zbadali 159 adolescentów, którzy z powodu p.s. wymagali nagłej pomocy specjalistycznej, i stwierdzili, że byli oni 3–6-krotnie częściej niż osoby z grupy kontrolnej notowani w rejestrach dzieci maltretowanych i zaniedbywanych.

Riggs i wsp. [3] przeprowadzili badania tzw. populacji „niedewiacyjnej”. Za pomocą anonimowych ankiet zbadali grupę 600 uczniów w kierunku występowania u nich zachowań ryzykownych dla zdrowia, prób samobójczych, doświadczeń przemocy i wykorzystania seksualnego. Ryzyko podejmowania p.s. u uczniów, wobec których stosowano przemoc fizyczną, było 5-krotnie wyższe niż w grupie uczniów negujących doświadczenie przemocy [3].

De Wilde i wsp. [14] porównali grupę adolescentów, którzy podjęli p.s., z grupą badanych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych, ale nie podejmujących p.s., oraz niedepresyjną grupą kontrolną. Przeprowadzono wywiady pod kątem występowania do 12 r.ż. i w okresie dorastania traumatycznych zdarzeń, takich jak m.in. poważna choroba, separacja rodziców, choroba psychiczna lub somatyczna jednego z rodziców, bezrobocie, przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne. W grupie badanych, którzy podjęli p.s., istotnie częściej niż w obu grupach kontrolnych występowały poważne traumatyczne zdarzenia w rodzinie. Rozpoczęły się one w dzieciństwie i utrzymywały się w okresie dorastania. W okresie dorastania istotnie częściej występowało wykorzystywanie seksualne. Adolescenti, którzy podjęli p.s., częściej niż pozostali doświadczali w dzieciństwie przemocy fizycznej [14].

Lipschitz i wsp. [13] zbadali 71 hospitalizowanych psychiatrycznie osób w kierunku występującej w dzieciństwie przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania fizycznego i emocjonalnego oraz podejmowania kiedykolwiek p.s., samookaleczeń i aktualnych myśli samobójczych. W grupie badanych, którzy mieli za sobą p.s., było istotnie więcej osób płci żeńskiej niż w grupie badanych niepodjęających p.s. Osoby, które miały za sobą p.s., istotnie częściej niż osoby z grupy niepodjęjącej p.s. ujawniały wykorzystanie seksualne, przemoc fizyczną i emocjonalną oraz emocjonalne zaniedbanie.

Najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym myśli samobójczych i samookaleczeń było wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie emocjonalne. Wykorzystywanie seksualne było też ważnym czynnikiem ryzyka p.s. Wyniki tych badań wskazywały, że zaniedbywanie emocjonalne może wywierać większy wpływ na kształtowanie się zachowań samobójczych niż zaniedbywanie fizyczne, przemoc fizyczna i emocjonalna [13].

Kaplan i wsp. [15] zbadali grupę 99 adolescentów maltretowanych fizycznie oraz grupę niemaltretowanych. Między grupami nie stwierdzili istotnych różnic pod względem występowania p.s. (według autorów brak istotności statystycznej wynikał ze zbyt małej liczby p.s. w obu grupach). W grupie maltretowanych dzieci odnotowano jednakże prawie 3 razy więcej przypadków p.s. niż w grupie niemaltretowanych. Ofiary maltretowania były także narażone na większą liczbę czynników ryzyka samobójstw: dezintegrację rodziny, depresję, zaburzenia eksternalizacyjne, używanie substancji psychoaktywnych bądź uzależnienie jednego z rodziców [15]. Autorzy porównali 8 ofiar maltretowania, które podjęły p.s., z grupą 91 maltretowanych, którzy jej nie podjęli. W grupie podejmujących p.s. adolescenti osiągnęli znamienne wyższy poziom

wrogości, istotnie częściej wykazywali zaburzenia zachowania, nadużywali substancji psychoaktywnych lub byli od nich uzależnieni, częściej też byli świadkami próby samobójczej członka rodziny lub kolegi. Postrzegali własne rodziny jako niespójne, a matki jako nie dające oparcia.

Kaplan i wsp. [15] podkreślali, że definitywne określenie natury związku pomiędzy przemocą fizyczną a próbami samobójczymi jest niemożliwe. Stworzyli hipotetyczny model transakcyjny i postulowali, by w przyszłości badać jego trafność.

Według tego modelu przemoc fizyczna wobec dziecka może doprowadzić do podjęcia przez nie próby samobójczej wówczas, gdy nawarstwia się na problemy małżeńskie rodziców, które z kolei przyczynią się do rozwoju zaburzeń eksternalizacyjnych u dzieci. Te ostatnie prowadzić mogą do rozwoju nadużywania środków psychoaktywnych i uzależnień. Eskalacja problemów behawioralnych dziecka oraz podejmowanie zachowań ryzykownych predysponuje je do prób samobójczych [15].

Spostrzeżenia i hipotezy Kaplan i wsp. częściowo wsparte zostały wynikami retrospektywnego badania kohortowego 17 337 dorosłych osób przeprowadzonego przez Dube i wsp. [16]. Badani, za pomocą kwestionariusza, byli pytani o doświadczanie różnych form krzywdzenia w dzieciństwie (uwzględniono również przemoc emocjonalną), występowanie w rodzinach pochodzenia wybranych problemów, takich jak uzależnienia, choroby psychiczne, separacja lub rozwód rodziców, przemoc wobec matek, przebywanie w więzieniu członka rodziny oraz podejmowanie przez badanych prób samobójczych. W badanej grupie 3,8% podjęło co najmniej jedną próbę samobójczą. Ryzyko podjęcia próby samobójczej rośnie wraz z liczbą problemów – np. przy jednym z 2–5-krotnie, przy siedmiu ryzyko to sięgało 95%. Należy podkreślić, że 1,1% badanych podjęło p.s., mimo iż nie doświadczyli żadnego z wymienionych wyżej problemów [16].

Johnson i wsp. [2], na podstawie badań populacyjnych 659 rodzin, donosili, że nieprawidłowe postawy rodzicielskie i krzywdzenie dzieci podwyższają ryzyko zachowań samobójczych. Według nich, skutek zaburzonych relacji między dziećmi a rodzicami rozwijają się trudności w relacjach interpersonalnych, co prowadzić może do podejmowania p.s.

Szczególnością badań Roberta, Kaplan, Johnsona [6, 15, 2] było uwzględnienie rodzinnego kontekstu zjawiska krzywdzenia dzieci przez rodziców i poszukiwania w nim czynników ryzyka z.s. Charakterystyki rodzin, w których występuje krzywdzenie, są zbieżne z wynikami badań nad funkcjonowaniem rodzin, z których pochodzą osoby prezentujące zachowania samobójcze [17, 18, 19, 20]. Te ostatnie sugerują, że są to rodziny zdeorganizowane (ang.: chaotic families) [17], niespójne [18, 19]. Cechują je zaburzenia komunikacji interpersonalnej, brak emocjonalnego wsparcia, niezgoda panująca pomiędzy jednym z rodziców a dzieckiem, stosowanie wobec dziecka przemocy fizycznej [17]. Według Pfeffer i wsp. [21] matki dzieci z z.s. istotnie częściej niż z grupy kontrolnej podejmowały próby samobójcze, a matki i ojcowie nadużywali substancji psychoaktywnych. U krewnych pierwszego stopnia młodzieńczych ofiar samobójstw istotnie częściej występowały zaburzenia nastroju i antysocjalne zaburzenia osobowości [22].

Rozważania na temat mechanizmu związku pomiędzy krzywdzeniem dzieci a ich zachowaniami samobójczymi

Żadne z przedstawionych badań nie opisuje mechanizmu związku pomiędzy zjawiskiem krzywdzenia dzieci a występującymi w ciągu ich życia z.s., chociaż niektórzy autorzy wyjaśniali go na podstawie własnych hipotez [2, 3, 6, 15]. Kładły one przede wszystkim nacisk na rolę towarzyszących krzywdzeniu dzieci czynników środowiskowych, głównie dysfunkcji systemu rodzinnego i problemów małżeńskich rodziców, które prowadzą do rozwoju zaburzeń eksternalizacyjnych u dzieci bądź przyczyniają się do pogłębiania się problemów interpersonalnych, co skutkuje zwiększeniem ryzyka z.s.

Wyniki badań od dawna sugerowały, że osoby krzywdzone w dzieciństwie cierpią z powodu różnych zaburzeń psychicznych i zachowania.

Niektóre badania podkreślały znaczenie mechanizmów genetycznych odpowiedzialnych za występowanie w rodzinie zaburzeń psychicznych, które podwyższają ryzyko z.s. Jednakże badania rodzin, bliźniąt i adopcyjne dostarczyły dowodów na genetyczne uwarunkowania samobójstw, które są niezależne od współwystępujących zaburzeń psychicznych [23].

Według Brenta i wsp. [24] zaburzenia depresyjne są niewystarczające, by zacho- dziło dziedziczenie p.s. Uważają, że nagromadzenie przypadków prób samobójczych w rodzinie może być związane z przekazywaniem czynników ryzyka dziedziczonych poprzez mechanizmy genetyczne lub pozabiologiczne. Wykazali też, że u osób de- presyjnych ryzyko p.s. wiązało się ze współwystępowaniem impulsywnej agresji i występowaniem przemocy seksualnej w rodzinie. O znaczeniu impulsywności w determinowaniu z.s. u osób z doświadczeniem przemocy donosili również Brodsky i wsp. [12], a Kaplan i wsp. [15] wspominali, że spośród maltretowanych dzieci próbę samobójczą podjęły te, które wykazywały zaburzenia eksternalizacyjne, którym często towarzyszy impulsywna agresja.

W innych pracach również donoszono, że osoby podejmujące próby samobójcze często cechuje impulsywność, zachowania agresywne, problemy z kontrolą emocji [3, 5, 12]. Stwierdzono, że biologicznym podłożem impulsywności są zaburzenia czynności układu 5-HT i NA, które towarzyszą samouszkodzeniom i z.s. [23]. Nie- wykłuczone, że przekazywana rodzinnie impulsywność jest pierwotnym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia dysfunkcji systemu rodzinnego, krzywdzenia dzieci, problemów małżeńskich, eksternalizacyjnych zaburzeń zachowania u dzieci oraz zachowań samobójczych członków rodziny.

Doświadczenie przemocy może nałożyć się na uwarunkowaną genetycznie predys- pozycję do określonych zachowań (np. agresywnych), o czym donosili Caspi i wsp. [25]. Wykazali oni, że maltretowanie dzieci prowadzi do powielania przez nie wzorców przemocy w okresie dorosłości, jeśli cechuje je genetycznie uwarunkowana niska aktywność MAO-A [25]. Tak więc czynniki środowiskowe wchodząc w interakcje z genotypem mogą wpływać na fenotyp również poprzez mechanizmy biologiczne. Czynniki określane jako biologiczne mogą być uwarunkowane genetycznie lub być nabyte. Wyniki niektórych badań podkreślają wpływ doznanych krzywd i innych

urazów psychicznych w dzieciństwie na aktywność biologicznych układów, takich jak oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa, układ katecholaminowy i serotoniner-giczny [26], a nawet zmiany morfologiczne niektórych struktur mózgu [26, 27].

Wyjaśnienie mechanizmu związku pomiędzy krzywdzeniem dzieci a zachowaniami samobójczymi wymaga jednak dalszych badań.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej wyniki badań potwierdzają tezę, że różne formy krzywdzenia mogą być bezpośrednim lub odległym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych. Badań poruszających to zagadnienie jest jednak nadal niewiele.

Badano różne grupy: hospitalizowanych psychiatrycznie, ofiary przemocy, wybrane populacje dorosłych i dzieci. Były to w większości badania retrospektywne, charak-teryzujące się wieloma ograniczeniami, różnorodnie metodologicznie. W badaniach najczęściej uwzględniano różnie zdefiniowaną przemoc fizyczną i wykorzystywanie seksualne, pomijając inne formy krzywdzenia. Analizowano na ogół związek dozna-nych krzywd z występowaniem p.s., rzadziej innymi formami z.s. (myślami samobój-czymi, samobójstwami dokonanymi).

Na podstawie analizy wyników cytowanych badań i stawianych przez autorów hipotez wydaje się, że natura związku pomiędzy różnymi formami krzywdzenia a z.s. jest złożona, a krzywdzenie, podobnie jak inne czynniki ryzyka z.s., nie wiąże się w sposób pewny z wystąpieniem zachowania samobójczego.

Chociaż mechanizm związku pomiędzy krzywdzeniem dzieci a ich z.s. nie został wyjaśniony, należy przypuszczać, że wystąpienie z.s. u osób, które były krzywdzone w dzieciństwie, jest uzależnione od współwystępowania biologicznych i pozabiolo-gicznych czynników ryzyka z.s. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że występowanie u osób krzywdzonych agresywnej impulsywności znacznie podwyższa ryzyko z.s.

Wnioski dotyczące profilaktyki

Na podstawie przedstawionych badań można sformułować wniosek, że jedną z form zapobiegania zachowaniom samobójczym może być skuteczne i wczesne rozpoznawanie zjawiska krzywdzenia dzieci, promowanie oddziaływań terapeutycz-nych wobec dziecka i sprawców krzywdzenia. Opieka nad dzieckiem krzywdzonym, poza psychoterapią, powinna uwzględniać ocenę stanu psychicznego dziecka i osób krzywdzących je, ocenę bezpośredniego ryzyka z.s. oraz kompleksowe leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych i impulsywności już na etapie rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego.

Íáccrícíl álnlé ęřę ôřęñđ đcñęř nóćöcäreüüüö đřalälíćé.
Ĕcñłđřnóđíúé íácłđ

Ńłäłđcříćł

Íř íñłłřłćć íácłđř cęcñłđřnóđíúö äřłłüö đřñłłälłł äłł' ñcłłñc' đđłłññřäēłł řęñóřēüüłł řłłłł' íćł ířłłłł üćö äřłłüö íř ñłéö ñä'ćc, cřółłä' üłé ēłcáo 'äēłłēłé íácćříć' äłłlé ñ đcñęřē nóćöcäreüüüö đřalälíćé. Ńřęłł řłłłł' íćł äñłłł-řłłłł' ä äłłłłēłē đřłłđłłłłłłłłł äłcřłłłł' c' ó äćđłłłēüö ēłłłé.

Mißhandlung der Kinder als Risikofaktor für Suizidverhalten

Zusammenfassung

Aufgrund der Übersicht der Untersuchungen aus den letzten zwanzig Jahren wurde der Stand der Kenntnisse zum Thema des Zusammenhanges zwischen der Mißhandlung der Kinder und dem Risiko der Suizidversuche in der Kindheit, bei Jugendlichen und Erwachsenen beschrieben.

Le maltraitement des enfants comme facteur augmentant les tentatives de suicide – revue de littérature

Résumé

Basant sur la revue de littérature datant de 20 dernières années l'auteur présente l'état de sciences concernant les corrélations du maltraitement des enfants et le risque des tentatives de suicides des enfants, des adolescents et des adultes.

Piśmiennictwo

1. Goodman R, Scott S. *Maltretowanie dzieci*. W: Rabe-Jabłońska J, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydanie I polskie. Wrocław: Urban&Partner; 2000, s. 174–175.
2. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. *Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(8): 741–749.
3. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. *Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment*. J.Pediatr. 1990; 116: 815–821.
4. Deykin EY, Alpert JJ, McNamara JJ. *A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior*. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 1299–1303.
5. Brzozowska A. *Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży*. W: Hołyst B, Staniaszek M, Binczycka Anholcer M., red. *Samobójstwo*. Materiały z II Konferencji Suicydologicznej w Łodzi. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej; 2002, s. 207–214.
6. Roberts J, Hawton K. *Child abuse and attempted suicide*. Brit. J. Psychiatry 1980; 137: 319–23.
7. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53(4): 339–348.
8. Carmen E, Rieker P, Mills T. *Victims of violence and psychiatric illness*. Am. J. Psychiatry 1984; 141: 378–383.
9. Rosenfeld A. *Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1979; 136: 791–795.
10. Shapiro S. *Self mutilation and self blame in incest victims*. Am. J. Psychother. 1987; 41(1): 46–54.
11. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. *Childhood origins of self-destructive behavior*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1665–1671.
12. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1715–1719.
13. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick SM. *Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187: 32–39.
14. De Wilde EJ, Kienhorst I, Diekstra R, Wolters W. *The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence*. Am. J. Psychiatry 1992; 149: 45–51.
15. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. *Adolescent physical abuse and suicide*

- attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36 (6): 799–808.
16. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span*. *JAMA* 2001; 286(24): 3089–3096.
 17. Adams DM, Overholser JC, Lehnert KL. *Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1994, 33:4; 498–507.
 18. Campbell NB, Milling L, Laughlin A, Bush E. *The psychosocial climate of families with suicidal pre-adolescent children*. *Amer. J. Orthopsychiatr.* 1993; 63(1): 142–145.
 19. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. *Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1993; 32, 6: 1198–1206.
 20. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. *Incidence and predictors of suicidal behaviors in longitudinal sample of young adolescents*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998, 37, 6: 612–619.
 21. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. *Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186(5): 269–275.
 22. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach I, Roth C. *Familial risk factors for adolescent suicide: A case control study*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89: 52–58.
 23. Oquendo MA, Mann JJ. *Biologiczne podłoże zachowań impulsywnych i samobójczych u osób z pogranicznymi zaburzeniami osobowości*. W: *Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. 2001; s. 83–87.
 24. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Bridge J, Ellis S, Salazar JO, Mann JJ. *Familial pathways to early onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood disordered suicide attempters*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59(9).
 25. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton RC. *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*. *Science* 2002; 297(5582): 851–854.
 26. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB. *Developmental traumatology part II: brain development*. *Biol. Psychiatry* 1999; 45: 1271–1284.
 27. Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D. *Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57(12): 1115–1122.

Otrzymano: 7.03.2003

Zrecenzowano: 28.03.2003

Przyjęto do druku: 20.09.2003

Adres: Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego
AM