

Związek zespołu zależności alkoholowej rodziców z występowaniem prób samobójczych wśród nastoletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie

The relation of parental alcoholism to the prevalence of suicide attempts among hospitalized psychiatric adolescents

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

² Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. prof. nadzw. Agnieszka Gmitrowicz

Correspondence to: Katarzyna Krajewska, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.: +48 693 326 030, e-mail: katarzyna.agnieszka.krajewska@gmail.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Samobójstwo stanowi na świecie trzecią przyczynę śmierci w grupie wiekowej 10–19 lat. Istnieją liczne czynniki ryzyka zachowań suicydalnych; w przypadku dzieci alkoholików zwiększoną liczbę prób samobójczych tłumaczy się genetyczną predyspozycją i nagromadzeniem niekorzystnych czynników środowiskowych. **Cel badania:** Ocena związku między występowaniem zespołu zależności alkoholowej (ZZA) u rodziców a częstością prób samobójczych (PS) u nastoletnich hospitalizowanych psychiatrycznie, ponawianiem PS i wiekiem dziecka w chwili podjęcia pierwszej próby. **Materiał i metody:** Analiza retrospektywna na podstawie dokumentacji medycznej 119 pacjentów w wieku 13–18 lat hospitalizowanych w latach 2013–2014 w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej – z diagnozą schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych, zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, zaburzeń zachowania i emocji według ICD-10. Kryteriami wykluczenia były pozostałe diagnozy psychiatryczne, niekompletne informacje dotyczące rodziny i brak danych na temat intencji samouszkodzeń. U losowo wybranych pacjentów oceniano: rozpowszechnienie i liczbę PS, wiek w chwili podjęcia pierwszej próby, obciążenie ZZA rodzica oraz przypadkami PS i samobójstw w rodzinie. Analizy przeprowadzono za pomocą programu Statistica 9.1. **Wyniki:** Alkoholizm rodziców nie wpływał w sposób istotny statystycznie ($p > 0,05$) na rozpowszechnienie i ponawianie PS wśród nastoletnich leczonych psychiatrycznie. Pierwsze PS nie były podejmowane przez osoby młodsze – także po uwzględnieniu płci, diagnozy i rodzinnego występowania zachowań suicydalnych. **Wnioski:** W przypadku blisko połowy badanych nieletnich hospitalizowanych psychiatrycznie co najmniej jeden rodzic spełniał kryteria ZZA. PS występowały u ponad 50% badanych, przy czym nieco częściej wśród dziewcząt, których rodzice spełniali kryteria ZZA, niż wśród dziewcząt bez wywiadu alkoholowego dotyczącego rodziców. Nie wykazano istotnego związku między alkoholizmem rodziców a częstością PS u dzieci, ponawianiem PS ani wiekiem w chwili podjęcia pierwszej PS. Podczas badań zależności między występowaniem PS u młodzieży leczonej psychiatrycznie a ZZA rodziców należy uwzględniać ocenę funkcjonowania rodziny.

Słowa kluczowe: młodzież, samobójstwo, rodzina, rodzice, zespół zależności alkoholowej

Summary

Suicide is the third cause of death at the age group 10–19 in the world. There are inter multiple risk factors of suicidal behaviours. In the case of children of alcoholics the increased number of suicide attempts is explained by genetic predisposition and accumulation of environmental risk factors. **The aim of this study** is to check whether parental alcoholism is associated with the number and repetition of suicide attempts and the age at which the first suicide attempt occurred among hospitalized psychiatric adolescents. **Material and methods:** A retrospective analysis – based on medical documentation – of 119 patients aged 13–18, treated during 2013–2014 at the Department of Adolescent Psychiatry in Łódź for: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, mood disorders, neurotic, stress-related and somatoform disorders, behavioural and emotional disorders according to ICD-10. The exclusion criteria were other psychiatric diagnoses, incomplete family history and lack of information about intended self-harm behaviours. The patients were

selected at random. The number and repetition of suicide attempts, the age at which the first suicide attempt occurred, parental alcoholism and family history of suicidal behaviours were examined. Analyses were carried out using Statistica 9.1. **Results:** Parental alcoholism did not statistically significantly affect ($p > 0.05$) the prevalence or repetition of suicide attempts among psychiatrically treated adolescents. The first suicide attempts were not made by adolescents – also considering the gender, diagnosis, and familial suicidal behaviours. **Conclusions:** In almost half of the examined psychiatrically hospitalized adolescents at least one parent met the parental alcoholism criteria. Suicide attempts occurred in over 50% of the examined patients, with somewhat higher incidence in girls whose parents met the parental alcoholism criteria, as compared to those without parental alcoholism history. No significant correlation was found between parental alcoholism and the incidence of offspring's suicide attempts, repetition of suicide attempts, and the age at which suicide attempt is made. The research on the correlation between the prevalence of suicide attempts among psychiatrically treated adolescents and parental alcoholism should also involve appraisal of the family functioning.

Key words: adolescents, suicide, family, parents, alcoholism

WSTĘP

Jak wynika z raportu WHO z 2014 roku, samobójstwo jest na świecie trzecią przyczyną śmierci w grupie wiekowej 10–19 lat. Istnieją liczne czynniki (m.in. genetyczne, socjodemograficzne, psychiatryczne, rodzinne) podnoszące ryzyko podjęcia próby samobójczej. Zwłaszcza jeden z nich – zespół zależności alkoholowej rodziców, nazywany w badaniu również alkoholizmem – ekspozuje dorastającego człowieka na szereg negatywnych wydarzeń, takich jak przemoc, zaniedbanie, rozpad rodziny i wiele innych, a w konsekwencji zwiększa ryzyko zachowań auto-destrukcyjnych^(1–3).

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z 2014 roku uzależnienie od alkoholu dotyczy w Polsce około 800 tys. osób, czyli 2% populacji; 4% dzieci i nastolatków wychowuje się w rodzinach alkoholowych, a 2/3 z nich pada ofiarą przemocy domowej. W wielu badaniach udowodniono wpływ nadużywania alkoholu przez rodziców na zwiększone ryzyko podejmowania prób samobójczych przez dzieci^(4–6), czego konsekwencją jest hipoteza mówiąca o wspólnym genetycznym podłożu zespołu zależności alkoholowej i zachowań samobójczych^(7–9).

Badania adopcyjne wykazują jednak, że nadużywanie alkoholu przez rodziców to czynnik ryzyka zachowań suicydalnych w grupie pacjentów żyjących z rodzicami biologicznymi – ryzyko to nie wzrasta u osób adoptowanych, żyjących poza strukturą rodziny alkoholowej, podkreśla się więc nadrzędny wpływ czynników środowiskowych⁽¹⁰⁾.

Niemniej zachowania samobójcze obserwuje się częściej u ludzi uzależnionych od alkoholu oraz u ich dzieci⁽¹¹⁾. Nie ulega wątpliwości, że istnieje genetyczna transmisja rodzinie występujących zachowań samobójczych, co wykazano w licznych badaniach populacyjnych^(12–16) i adopcyjnych oraz badaniach bliźniąt^(17–20).

CEL BADANIA

Badanie miało na celu ocenę związku między występowaniem zespołu zależności alkoholowej (ZZA) u rodziców

INTRODUCTION

As indicated by the WHO report of 2014, suicide is the third cause of deaths at the 10–19 years age group. There are many factors (genetic, sociodemographic, psychiatric, familial) which increase the suicide attempt risk. Especially one of them – parental alcoholism – exposes adolescents to a number of adverse events, such as: violence, neglect, family breakdown and many other, and consequently increases the risk of self-destructive behaviours^(1–3).

According to the data of the State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems of 2014, alcohol addiction in Poland affects approx. 800 thousand people, i.e. 2% of the population; 4% of children and adolescents are brought up in alcoholic families, and 2/3 of them become victims of family violence. Many studies demonstrated the effects of parents' alcohol abuse on the increased risk of children's suicide attempts^(4–6), which results in the hypothesis of the common genetic basis of parental alcoholism and suicidal behaviours^(7–9).

However, adoption studies indicate that parental alcoholism is a risk factor of suicidal behaviours in the group of patients living with biological parents. This risk does not increase in adopted children who live outside the alcoholic family structure, therefore the superior impact of environmental factors is emphasized⁽¹⁰⁾.

However, suicidal behaviours are observed more frequently in people addicted to alcohol and in their children⁽¹¹⁾. Undoubtedly there is a genetic transmission of familial suicidal behaviours, which has been indicated in numerous population^(12–16) and adoption studies as well as the studies of twins^(17–20).

AIM OF THE STUDY

The study was aimed at evaluation of the correlation between parental alcoholism (PA) and incidence of suicide attempts (SAs) among psychiatrically hospitalized adolescents, repetition of SAs and the child's age during the first SA – considering the patient's gender, diagnosis and familial history of SAs and completed suicides.

a częstością prób samobójczych (PS) wśród nastolatków hospitalizowanych psychiatrycznie, ponawianiem PS i wiekiem dziecka w chwili podjęcia pierwszej PS – z uwzględnieniem płci, diagnozy pacjenta oraz historii PS i samobójstw w rodzinie.

MATERIAŁ I METODY

Grupa badana

Badaną populację stanowiło 119 losowo wybranych pacjentów w wieku 13–18 lat hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej CSKIS UM w Łodzi w latach 2013–2014. Do badania włączono osoby spełniające kryteria rozpoznania schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych (F20–29), zaburzeń nastroju (F30–39), zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–48) oraz zaburzeń zachowania i emocji (F90–98). Średni wiek pacjentów wynosił $15,1 \pm 1,47$ roku. Wśród badanych znalazło się 39 chłopców i 80 dziewcząt. Z badania wykluczono osoby z innymi rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10, z niepełnym wywiadem rodzinnym dotyczącym PS lub samobójstw i używania alkoholu przez rodziców oraz te, w których przypadku na podstawie zgromadzonych informacji nie udało się ustalić intencji samouszkodzeń.

Narzędzia

Oceniono retrospektywnie, na bazie dokumentacji medycznej, występowanie PS u 119 pacjentów diagnozowanych zgodnie z klasyfikacją ICD-10⁽²¹⁾. Zebrano szczegółowe informacje dotyczące występowania ZZA, dalej zwanego również alkoholizmem, u rodziców pacjentów oraz PS lub samobójstw w rodzinie (wywiad, rozmowy z rodzinami i pacjentami); czynili to niezależnie członkowie zespołu terapeutycznego: psychiatra, psycholog, terapeuta rodzinny. Do analizy wykorzystano ponadto dokumentację archiwalną. PS odróżniano od zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczej – na podstawie intencji śmierci deklarowanej przez pacjenta.

Projekt badania zyskał akceptację Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 9.1. Zgodność rozkładów zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym oceniono testem Shapiro–Wilka, a porównania średnich dokonano za pomocą testu Manna–Whitneya. Zależności między zmiennymi jakościowymi zbadano testem niezależności χ^2 .

Obliczono ilorazy ryzyka wystąpienia PS w analizowanych grupach. Grupę referencyjną stanowili pacjenci, których rodzice nie spełniali kryteriów uzależnienia od alkoholu. Za dopuszczalne prawdopodobieństwo popełnienia błędu I rodzaju uznano $p \leq 0,05$. Obliczono prawdopodobieństwo testowe p dla zastosowanych statystyk.

MATERIAL AND METHODS

The study group

The examined population consisted of 119 randomly selected patients aged 13–18 years, hospitalized at the Department of Adolescent Psychiatry, Medical University of Łódź, during 2013–2014. Included into the study were those who met the criteria of diagnosed schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20–29), mood disorders (F30–39), neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40–48) as well as behavioural and emotional disorders (F90–98). The patients' mean age was 15.1 ± 1.47 years. The study group consisted of 39 boys and 80 girls.

Excluded from the study were people with other diagnoses according to ICD-10, with incomplete familial history related to SAs or completed suicides and parents alcohol abuse and those for whom self-harm intention could not be established according to the collected information.

Tools

According to medical documentation, the prevalence of SAs was assessed retrospectively in 119 patients diagnosed pursuant to ICD-10⁽²¹⁾. Detailed information on the prevalence of parental alcoholism (PA) and SAs or completed suicides in the family (family history, conversations with families and patients) was collected; this was done independently by members of the therapeutic team: psychiatrist, psychologist and family therapist. In addition, some archival documentation was applied in the analysis. The SAs were differentiated from intended self-harm without suicide intention – according to the death intention declared by the patient.

The research project was accepted by the Bioethical Committee, Medical University of Łódź.

Statistical analyses were carried out using the statistical package Statistica 9.1. The conformity of quantitative variables distributions with the normal distribution was evaluated by the Shapiro–Wilk test, whereas comparisons of mean values – using the Mann–Whitney test. Correlations between qualitative variables were checked using the χ^2 test of independence.

Quotients of the SA risk in the analysed groups were calculated. The reference group consisted of the patients whose parents did not meet the alcohol dependence criteria; $p \leq 0.05$ was acknowledged as the allowable probability of the 1st type error and test probability p was calculated for applied statistics.

RESULTS

Of 119 adolescent (aged 13–18 years) patients hospitalized psychiatrically almost a half, i.e. 46.2% (including 47.5% girls and 43.6% boys) had parents who could be diagnosed

WYNIKI

Wśród 119 młodocianych (13–18-letnich) pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie blisko połowa, tj. 46,2% (w tym 47,5% dziewcząt i 43,6% chłopców), miała rodziców, u których można było rozpoznać ZZA. Nie stwierdzono istotnej różnicy wieku badanych z rodzin alkoholowych (COAs) i nieobciążonych alkoholizmem rodziców (non-COAs) – średnie wieku to odpowiednio: $14,9 \pm 1,53$ i $15,3 \pm 1,41$ roku ($p > 0,05$).

Wyniki analiz – zaprezentowane w tabeli 1 – wskazują, że nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między występowaniem PS a różnymi zmiennymi wziętymi do analizy ($p > 0,05$) wśród adolescentów z grup COAs i non-COAs.

Po uwzględnieniu płci badanych stwierdzono jedynie tendencję do częstszego pojawiania się PS wśród dziewcząt z grupy COAs w porównaniu z dziewczętami z grupy non-COAs (60,5% vs 54,8%), różnica ta nie była jednak istotna statystycznie. Wśród chłopców uzyskano zbieżne wyniki (41,2% i 40,9%).

Nie zaobserwowano również istotnych różnic w częstości występowania PS w obrębie określonych kategorii diagnostycznych w grupach COAs i non-COAs. Warto podkreślić, że w przypadku rozpoznania F2x, które dotyczyło niewielkiej liczby osób, różnica ta okazała się znaczna (75% vs 16,7%). W przypadku rozpoznania F9x PS znacznie częściej miały miejsce u COAs (52,6% vs 25%), a w przypadku F3x większą częstość PS stwierdzono u non-COAs (63,2% vs 50%). W całej badanej grupie PS najczęściej zdarzały się u pacjentów z diagnozą F3x (59,3%) i F4x (54,6%), a najrzadziej – u tych z rozpoznaniem F2x (40%).

PS występowały najczęściej wtedy, gdy oboje rodzice byli alkoholikami (66,7%), a w następnej kolejności, gdy alkoholizm dotyczył tylko matki (60%). Kiedy na alkoholizm cierpiał jedynie ojciec, a także kiedy rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu, PS pojawiły się u połowy badanych (po 50%). Alkoholizm obojga rodziców zwiększał ryzyko PS u dzieci dwukrotnie ($OR = 2,0$; $p > 0,05$), wyłącznie u matki – 1,5-krotnie ($OR = 1,5$; $p > 0,05$). W przypadkach, w których dotyczył tylko ojca, nie stwierdzono żadnego wzrostu ryzyka PS w porównaniu z grupą kontrolną. Nie odnotowano także istotnych różnic w częstości występowania PS u pacjentów COAs i non-COAs (60,5% vs 48%) – po wyłączeniu osób z dodatnim wywiadem dotyczącym samobójstw i PS w rodzinie – przy czym ryzyko podjęcia PS było u COAs ponad 1,5 raza większe ($OR = 1,66$; $p > 0,05$).

Na podstawie jednoczynnikowej analizy regresji logistycznej, w której uwzględniono płeć, diagnozę, alkoholizm w rodzinie (cztery warianty), PS i samobójstwa w rodzinie oraz różne warianty łącznej obecności czynników, nie stwierdzono istotnego związku z występowaniem PS u dzieci leczonych psychiatrycznie.

Analiza ponawiania PS przez pacjentów (tabela 2) – określonego w badaniu jako wystąpienie więcej niż jednej

with PA. No significant difference was found in the age of the children of alcoholics (COAs) and those without parental alcoholism (non-COAs): the mean age was, respectively: $14,9 \pm 1,53$ and $15,3 \pm 1,41$ year ($p > 0,05$).

Results of analyses – presented in table 1 – indicate that no statistically significant differences were found between the prevalence of SAs and variables applied in the analysis ($p > 0,05$) among adolescents from the groups of COAs and non-COAs.

Having considered the patients' gender, only a tendency to a higher incidence of SAs was found among the girls from COAs group, as compared to the girls from the non-COAs group (60,5% vs. 54,8%), however, that difference was not statistically significant. Boys exhibited similar results (41,2% and 40,9%).

Furthermore, no significant differences were observed in the incidence of SAs within specific diagnostic categories in COAs and non-COAs groups. It is worth emphasizing that in the case of diagnosed F2x, which referred to few people, that difference appeared quite high (75% vs. 16,7%). In the case of diagnosed F9x, the SAs were much more frequent in COAs (52,6% vs. 25%), whereas in the case of F3x a higher incidence of SAs was found in non-COAs (63,2% vs. 50%). In the entire examined group the SAs were most prevalent in patients with diagnosed F3x (59,3%) and F4x (54,6%), and the least prevalent in those with diagnosed F2x (40%).

SAs mostly occurred when both parents were alcoholics (66,7%), and next when only mothers were alcoholic (60%). When only the father was alcoholic, and also when the parents were not addicted to alcohol, SAs occurred in half of the patients (50% each). Alcoholism of both parents increased the SA risk in children by two-fold ($OR = 2,0$; $p > 0,05$), exclusively of the mother – by 1,5-time ($OR = 1,5$; $p > 0,05$). In those cases where it referred only to the father the risk of SA was not increased at all, as compared to the control group.

No significant differences were found in the incidence of SA in COAs and non-COAs (60,5% vs. 48%) – after exclusion of patients with a positive history related to familial completed suicides and SAs – the risk of SA in COAs was over 1,5 times higher ($OR = 1,66$; $p > 0,05$).

By virtue of univariate analysis of logistic regression which included gender, diagnosis, alcoholism in the family (four variants), SAs and completed suicides in the family as well as variants of the combined presence of the factors, no significant correlation was found with the prevalence of SAs in psychiatrically treated children.

Analysis of SA repetition by the patients (table 2) – determined in the study as the occurrence of more than one suicide attempt – indicates that COAs patients undertook more than one SA more frequently than the non-COAs patients (55,2% vs. 35,5%); however, the difference was not statistically significant.

Similarly, no statistically significant difference was found between the age of the COAs and non-COAs patients at

próby samobójczej – wykazała, że pacjenci COAs podejmowali więcej niż jedną PS częściej niż non-COAs (55,2% vs 35,5%); różnica ta nie była jednak istotna statystycznie.

Nie stwierdzono też istotnej statystycznie różnicy wieku pacjentów COAs i non-COAs w chwili podjęcia pierwszej PS. Średnie wieku wynosiły odpowiednio: $14,4 \pm 1,69$ i $14,7 \pm 1,53$ roku ($chi^2 = 0,952, p > 0,05$).

OMÓWIENIE

Niniejsza praca jest pierwszą w Polsce publikacją oceniającą związek alkoholizmu rodziców z występowaniem PS wśród nieletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. Wyniki dotychczasowych badań określają ZZA rodziców jako jeden z czynników zwiększających ryzyko podjęcia PS przez dziecko^(1-6,11). Dane z literatury światowej podkreślają długotrwałą ekspozycję młodych ludzi z rodzin alkoholowych na negatywne wydarzenia, takie jak przemoc, zaniedbanie, brak kontroli rodzicielskiej czy wsparcia w rodzinie, które mogą się przyczynić do większego rozpowszechnienia PS^(3,5).

Populacja nastolatków hospitalizowanych psychiatrycznie jest szczególnie ekspozowana na wymienione czynniki ryzyka, niezależnie od alkoholizmu rodziców, co znalazło potwierdzenie w przeprowadzonym badaniu. Analiza statystyczna wykazała, że ZZA rodziców występował u prawie co drugiego nieletniego pacjenta hospitalizowanego psychiatrycznie, nie stwierdzono jednak istotnego związku między alkoholizmem rodziców a najpoważniejszym przejawem dezadaptacji dziecka, czyli zachowaniem samobójczym.

Jak wynika z naszych obserwacji klinicznych, młodociani hospitalizowani psychiatrycznie pochodzą w większości z rodzin dysfunkcyjnych. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że na zachowania suicydalne młodzieży wpływa głównie patologia rodziny (przemoc, konflikty, brak wsparcia, zaniedbywanie) – bez szczególnego różnicowania jej przyczyn (przestępczość, zaburzenia psychiczne, w tym ZZA rodziców). Wskazuje to na ograniczenie zaprezentowanego badania: nieuwzględnienie pełnej diagnozy rodziny w grupach badanych pacjentów (obciążonych i nieobciążonych alkoholizmem rodziców) przy doborze czynników ryzyka potencjalnie wpływających na występowanie PS w populacji hospitalizowanej młodzieży.

Dla potwierdzenia tej tezy istotne będzie poszerzenie badań o ocenę funkcjonowania rodziny z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi, co jest możliwe jedynie w zaplanowanych badaniach prospektywnych.

Poza tym przyszłe badania powinny uwzględniać intra- i interpsychiczne czynniki ryzyka zachowań samobójczych, co pozwoli w pełni różnicować dzieci obciążone ZZA rodziców (COAs) i pozostałych pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie (non-COAs), a tym samym da możliwość wdrożenia celowanej terapii.

the time of the first SA. The mean age reached respectively: 14.4 ± 1.69 and 14.7 ± 1.53 years ($chi^2 = 0.952, p > 0.05$).

DISCUSSION

This article is the first publication in Poland which evaluates the correlation between parental alcoholism and the incidence of SA among psychiatrically hospitalized adolescent patients. The results of earlier studies point to the PA (parental alcoholism) as one of the factors which increase the child's SA risk^(1-6,11). The world literature data emphasize the long-term exposure of young people from alcohol abusing families to adverse events such as violence, neglect, lack of parental control or family support, as a factor which may contribute to a higher prevalence of SA^(3,5).

The psychiatrically hospitalized adolescent population is particularly exposed to the mentioned risk factors independently of their parents' alcoholism, which was confirmed in this study. The statistical analysis demonstrated that parental alcoholism (PA) occurred in almost every second adolescent patient hospitalized psychiatrically, however, no significant correlation was found between parental alcoholism and the most severe manifestation of the child's disadaptation, i.e. suicidal behaviour.

As indicated by our clinical observations, psychiatrically hospitalized adolescents mostly come from dysfunctional families. We can assume with a high probability that adolescents suicidal behaviours are mainly caused by the family pathology (violence, conflicts, lack of support, neglect) – without a special differentiation of its causes (crimes, mental disorders, including parental alcoholism). This points to limitation of the presented study: omission of a complete family diagnosis in the groups of examined patients (with or without parental alcoholism) when selecting the risk factors potentially contributing to the prevalence of SA in the hospitalized adolescent population.

To confirm this thesis, we need to supplement the research with evaluation of the family functioning with the use of standardized tools, which is possible only in planned prospective studies.

Furthermore, the future studies should include intra- and interpsychological suicidal behaviour risk factors, which would allow to fully differentiate the children of alcoholics (COAs) and the other psychiatrically hospitalized patients (non-COAs), and thereby enable implementation of a target therapy.

CONCLUSIONS

1. Of almost half of the examined psychiatrically hospitalized patients at least one parent met the PA criteria.
2. SAs occurred in over 50% of the examined patients, a bit more frequently among the girls whose parents were addicted to alcohol, as compared to the girls without parental alcoholism history.

WNIOSKI

1. U blisko połowy badanych nieletnich hospitalizowanych psychiatrycznie co najmniej jeden rodzic spełniał kryteria ZZA.
2. PS występowały u ponad 50% badanych pacjentów, przy czym nieco częściej wśród dziewcząt, których rodzice byli uzależnieni od alkoholu, niż wśród dziewcząt bez wywiadu alkoholowego dotyczącego rodziców.
3. W badanej grupie nie wykazano istotnego związku między ZZA rodziców a częstością PS u dzieci, ponawianiem PS ani wiekiem pacjenta w chwili podjęcia pierwszej PS.
4. Podczas badania zależności między występowaniem PS u młodzieży leczonej psychiatrycznie a alkoholizmem rodziców należy uwzględnić ocenę funkcjonowania rodziny.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Christoffersen M.N., Soothill K.: The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *J. Subst. Abuse Treat.* 2003; 25: 107–116.
2. Johnson J.L., Lefl M.: Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics* 1999; 103: 1085–1099.
3. Sher K.J.: Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health Res. World* 1997; 21: 247–254.
4. Mittendorfer-Rutz E., Rasmussen F., Wasserman D.: Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008; 43: 28–36.
5. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G. i wsp.: Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89: 52–58.
6. Gureje O., Oladeji B., Hwang I. i wsp.: Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: results from the World Mental Health Surveys. *Mol. Psychiatry* 2011; 16: 1221–1233.
7. Dick D.M., Meyers J., Aliev F. i wsp.: Evidence for genes on chromosome 2 contributing to alcohol dependence with conduct disorder and suicide attempts. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 2010; 153B: 1179–1788.
8. Glowinski A.L., Jacob T., Bucholz K.K. i wsp.: Paternal alcohol dependence and offspring suicidal behaviors in a children-of-twins study. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 76 suppl.: S69–S77.
9. Nielsen D.A., Virkkunen M., Lappalainen J. i wsp.: A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 593–602.
10. von Borzyskowski A., Lindblad F., Vinnerljung B. i wsp.: Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol. Med.* 2011; 41: 749–758.
11. Mackrill T., Hesse M.: Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring-adult offspring and counselor perspectives. *Nord. J. Psychiatry* 2012; 66: 343–348.
12. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B.: Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360: 1126–1130.
13. Cheng A.T., Chen T.H., Chen C.C., Jenkins R.: Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br. J. Psychiatry* 2000; 177: 360–365.
14. Gould M.S., Fisher P., Parides M. i wsp.: Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 53: 1155–1162.
15. Shafii M., Carrigan S., Whittinghill J.R., Derrick A.: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142: 1061–1064.
16. Johnson B.A., Brent D.A., Bridge J., Connolly J.: The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 97: 18–24.
17. Wender P.H., Kety S.S., Rosenthal D. i wsp.: Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986; 43: 923–929.
18. Roy A., Segal N.L., Centerwall B.S., Robinette C.D.: Suicide in twins. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 29–32.
19. Glowinski A.L., Bucholz K.K., Nelson E.C. i wsp.: Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2001; 40: 1300–1307.
20. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A. i wsp.: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol. Med.* 1998; 28: 839–855.
21. Puzyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.