

Związek między pięcioma formami krzywdzenia dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi: przegląd systematyczny i metaanaliza

M. J. Gardner^{a,b}, H. J. Thomas, H. E. Erskine^{a,b,c,d}

^aSchool of Public Health, The University of Queensland, Herston, Queensland, Australia

^bQueensland Centre for Mental Health Research, Wacol, Queensland, Australia

^cThe University of Queensland Centre for Clinical Research, Herston, Queensland, Australia

^dInstitute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA, USA

Kontekst: Krzywdzenie dzieci to globalny problem zdrowia publicznego, który obejmuje przemoc fizyczną, seksualną, emocjonalną, zaniedbanie i bycie świadkiem przemocy domowej. Niniejszy przegląd systematyczny i metaanaliza podsumowuje związek między tymi pięcioma formami krzywdzenia dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Metodologia: W analizie uwzględniono opublikowane badania kohortowe i badania kliniczno-kontrolne, w których zaobserwowano związek między jakąkolwiek formą krzywdzenia dzieci (lub ich połączenie) a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Łącznie pod względem kwalifikowalności oceniono 604 badań, z których 106 spełniło kryteria włączenia, a 96 uwzględniono w metaanalizach. Dane zebrano w metaanalizach efektów losowych, podając iloraz szans (OR) z odpowiadającymi 95% przedziałami ufności (CI) dla każdej formy krzywdzenia dziecka.

Wyniki: Wszystkie formy krzywdzenia dzieci były związane z zaburzeniami depresyjnymi („jakiegokolwiek krzywdzenie dziecka” [OR = 2,48, 2,14–2,87]; wykorzystywanie seksualne [OR = 2,11, 1,83–2,44]; przemoc fizyczna [OR = 1,78, 1,57–2,01]; przemoc emocjonalna [OR = 2,35; 1,74–3,18]; zaniedbanie [OR = 1,65; 1,35–2,02];

oraz bycie świadkiem przemocy domowej [OR = 1,68; 1,34–2,10]). Niektóre formy krzywdzenia dzieci były istotnie związane z zaburzeniami lękowymi („jakielwiek krzywdzenie dziecka” [OR = 1,68, 1,33–2,4]; wykorzystywanie seksualne [OR = 1,90, 1,6–2,25]; przemoc fizyczna [OR = 1,56, 1,39–1,76] i zaniedbanie [OR = 1,34, 1,09–1,65]). Istotne statystycznie związki stwierdzono również między kilkoma formami krzywdzenia dzieci a zespołem stresu pourazowego.

Wnioski: Istnieje silny związek między pięcioma formami krzywdzenia dzieci a rozwojem zaburzeń psychicznych. Badanie Global Burden of Disease Study (GBD) obejmuje jedynie wykorzystywanie seksualne jako czynnik ryzyka zaburzeń depresyjnych i lękowych. Te ustalenia badawcze wspierają włączenie dodatkowych form krzywdzenia dzieci jako czynników ryzyka w GBD.

SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE DZIECI, PRZEMOC WOBEC DZIECI, ZABURZENIA DEPRESYJNE, ZABURZENIA LĘKOWE, ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO, WYNIKI

Krzywdzenie dzieci to wszelkie formy przemocy, które powodują lub mogą powodować szkody dla osób poniżej 18 r.ż. (Krug i in., 2002). Obejmuje ono wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczną, przemoc emocjonalną, zaniedbywanie i bycie świadkiem przemocy domowej. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organisation, WHO*) około 36,3% dzieci na całym świecie doświadczyło przemocy emocjonalnej. Szacuje się, że 22% dzieci doznało przemocy fizycznej, 16,3% – zaniedbania, a 18% dziewczyn i 8% chłopców – przemocy seksualnej (WHO, 2014). Dane dotyczące globalnych szacunków bycia świadkiem przemocy domowej są ograniczone, a badania na poziomach państwowych wykazały zróżnicowane wyniki. Gilbert i in. (2009) na podstawie wyników krajowych ze Stanów Zjednoczonych i Szwecji, oszacowali, że 8–25% dzieci było świadkiem przemocy domowej przed ukończeniem 18 r.ż. Obecnie dowody wskazują, że krzywdzenie dzieci ma szkodliwe skutki fizyczne i psychiczne w perspektywie krótko- i długoterminowej (Carr, Duff, Craddock, 2018) oraz w przypadku zarówno seksualnych, jak i niesekualnych form krzywdzenia (Lindert i in., 2014; Norman i in., 2012). Ponadto narażenie na kilka różnych form krzywdzenia dodatkowo zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w późniejszym życiu (Kisely i in., 2018). Najsilniejsze dowody na to istnieją w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych, które obecnie stanowią dużą część niepełnosprawności na całym świecie (Carr i in., 2018; Kisely i in., 2018). Wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna i zaniedbanie są słusznie uważane za szkodliwe formy krzywdzenia dzieci (Norman i in., 2012). Nowsze

badania potwierdziły również szkodliwy wpływ bycia świadkiem przemocy domowej na wyniki dziecka. Kinyanda, Kizza, Abbo, Ndyanabangi i Levin (2013) stwierdzili, że ryzyko wystąpienia depresji w późniejszym życiu u osób, które jako dzieci były świadkami przemocy domowej, było prawie dwukrotnie większe (OR = 1,94, 95% CI 1,05–3,56). Choi, DiNitto, Marti i Choi (2017) wykazali natomiast, że bycie świadkiem przemocy w domu przez dzieci zwiększało 1,3-krotnie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD (95% CI 0,95–1,78). Do tej pory nie podejmowano wysiłków, aby systematycznie przeanalizować ekspozycję na przemoc domową w przeglądzie i zbadać związek między wszystkimi pięcioma indywidualnymi formami maltretowania dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Negatywne skutki zdrowotne związane z krzywdzeniem dzieci zostały w pewnym stopniu uwzględnione w globalnych badaniach zdrowotnych. Na przykład wykorzystywanie seksualne dzieci jest uznawane za czynnik ryzyka w badaniu *Global Burden of Disease Study* (GBD). Jest to największe i najwszechstronniejsze badanie epidemiologiczne w 195 państwach na całym świecie opisujące utratę zdrowia związaną z ponad 300 chorobami i urazami. Wykorzystywanie seksualne dzieci jest obecnie jedyną formą krzywdzenia dzieci zawartą w GBD i jest uznawane za czynnik ryzyka dużej depresji (*major depressive disorder*, MDD) i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (Stanaway i in., 2018). W GBD ze wszystkich zaburzeń psychicznych najbardziej obciążające są zaburzenia depresyjne, które odpowiadają za 43,1 mln lat życia skorygowanych niesprawnością (*disability adjusted life-years*, DALY; 95% CI 30,5–58,9 mln), co plasuje je na 11 pozycji na świecie pod względem obciążenia (Kyu i in., 2018). Podobnie zaburzenia lękowe są przyczyną 27,1 mln DALY (95% CI 19,2–36,1 mln), a GBD ostatnio dodało pierwszy behawioralny czynnik ryzyka zaburzeń lękowych jako doświadczenie przemocy rówieśniczej (Stanaway i in., 2018). Biorąc pod uwagę, że zaburzenia depresyjne i lękowe są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi, w niniejszym badaniu analizowano wpływ krzywdzenia dzieci na obie te grupy zaburzeń. Do tej pory w żadnym badaniu nie dokonano przeglądu światowego piśmiennictwa dotyczącego związku między wszystkimi formami maltretowania dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Synteza dowodów naukowych jest niezbędna do poinformowania o włączeniu wszystkich form maltretowania dzieci jako czynników ryzyka zaburzeń depresyjnych i lękowych w GBD oraz do zwrócenia uwagi politykom na potrzebę zajęcia się pełnym spektrum tego szkodliwego czynnika ryzyka w dzieciństwie. Celem tego badania były systematyczny przegląd i analiza światowego piśmiennictwa na temat związku między wszystkimi formami krzywdzenia dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, tak aby istniała większa baza dowodowa na włączenie innych form maltretowania dzieci jako czynników ryzyka zaburzeń psychicznych w GBD.

METODOLOGIA

Przegląd został przeprowadzony zgodnie z wytycznymi dotyczącymi preferowanych pozycji sprawozdawczych w zakresie systematycznych przeglądów i metaanalizy (*preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*, PRISMA; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, 2009). Lista kontrolna PRISMA jest dostępna w tabeli uzupełniającej S1. Metodologia przeglądu i kryteria włączenia zostały opracowane *a priori*. Skonsultowano się również z bibliotekarzem badawczym w celu zapewnienia przydatności wyszukiwanych haseł i baz danych przed wyszukiwaniem.

Definicje przypadków

Do celów tego badania krzywdzenie dzieci zostało zdefiniowane jako każda forma wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej, emocjonalnej, zaniedbania lub bycia świadkiem przemocy domowej przed ukończeniem 18 lat. Wykorzystywanie seksualne obejmowało wszelkie nadużycia z kontaktem fizycznym lub bez niego, takie jak ekshibicjonizm, molestowanie i gwałt (Felitti i in., 1998). Do przemocy fizycznej zaliczono bicie, kopanie, potrząsanie, gryzienie, duszenie, parzenie, przypalanie lub zatrucie (WHO i *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, 2006). Przemoc emocjonalna obejmowała przemoc werbalną, grożenie, wyśmiewanie lub poniżanie (Chapman i in., 2004; Paquette, Tourigny, Baril, Joly, Seguin, 2017). Zaniedbanie oznaczało działanie opiekuna, który nie zapewnił odpowiedniego pożywienia, schronienia, miłości lub wsparcia dziecku pozostającemu pod jego opieką (Krug i in., 2002). Bycie świadkiem przemocy domowej obejmowało natomiast bycie świadkiem wszelkich form przemocy (seksualnej, fizycznej, emocjonalnej lub werbalnej) między rodzicami lub opiekunami (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon i Arias, 2008). Oprócz badań opisujących pięć wspomnianych form krzywdzenia dzieci uwzględniono również badania definiujące doświadczenie „dowolnej formy krzywdzenia dziecka” lub uznające doświadczenie wielu form krzywdzenia dzieci zbiorczo jako pojedynczy przypadek – również włączono je do grupy mówiącej o doświadczeniu „dowolnej formy krzywdzenia dziecka”. Zaburzenia depresyjne obejmowały zarówno MDD, jak i dystymię, i zostały zdefiniowane zgodnie z *Diagnostycznym i statystycznym podręcznikiem zaburzeń psychicznych* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) oraz kryteriami *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób* (ICD; WHO, 1993b). Zaburzenia lękowe obejmowały wszystkie zdefiniowane zgodnie z DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) i kryteriami ICD (WHO, 1993a), w tym zespół leku uogólnionego (GAD), zespół lęku napadowego, fobie (agorafobia, fobie

społeczne i nietypowe), zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD), zespół stresu pourazowego (PTSD) i ostrą reakcję na stres oraz zaburzenia lękowe bliżej nieokreślone (NOS; Baxter, Vos Scott, Ferrari, Whiteford, 2014).

Kryteria przyjęcia

Uwzględniono artykuły recenzowane spełniające następujące kryteria:

1. wykorzystano próbę badawczą reprezentatywną dla populacji (np. nie były to badania kliniczne lub realizowane na próbach dobieranych ze względu na łatwość pozyskania);
2. zgłoszono doświadczenie przez dzieci jakiegokolwiek rodzaju krzywdzenia (wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczną, przemoc emocjonalną, zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy domowej lub „dowolnej formy krzywdzenie dziecka”) przed ukończeniem 18 lat (deklarowane lub udokumentowane);
3. zgłoszono zaburzenia depresyjne lub lękowe, zdefiniowane zgodnie z kryteriami DSM lub ICD, jako wynik (deklaracja lub wywiad diagnostyczny) występujący po doświadczeniu krzywdzenia dziecka;
4. podano oszacowanie efektu końcowego jako iloraz szans (OR) lub ryzyko względne (RR) z odpowiednimi 95% przedziałami ufności (CI).

Uwzględniono również badania, które podają wystarczające informacje do obliczenia OR z odpowiednią niepewnością. Uwzględniono badania, w których mierzono nasilenie zaburzeń depresyjnych lub lękowych za pomocą skali objawów z zatwierdzonymi przejściami dla kryteriów DSM lub ICD. Badania obejmowały projekty podłużne (zarówno retrospektywnie, jak i prospektywnie stwierdzone krzywdzenie dzieci), przekrojowe i kliniczno-kontrolne. Tam, gdzie zgłoszono tę samą populację próbek w różnych artykułach, wybrano badanie z najdłuższym okresem obserwacji. Wykluczono badania, jeśli wynik zgrupowano z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. depresja i lęk łącznie) lub jeśli krzywdzenie dziecka mierzono jako średni wynik liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie u danej osoby. Uwzględniono badania we wszystkich językach i przetłumaczono w razie potrzeby.

Strategia wyszukiwania

Przeszukano trzy elektroniczne bazy danych (PubMed, Embase i PsycINFO) aż do 5 marca 2018 r. Wyszukiwania przeprowadzono przy użyciu słów kluczowych i systemu metadanych *Medical Subject Headings* (MeSH) w celu zidentyfikowania badań

raportujących związek między maltretowaniem dzieci a zaburzeniami depresyjnymi lub lękowymi. Wyszukiwane hasła związane z doświadczeniami obejmowały dziecko (*child*), nastolat* (*adolescen**), krzywdzenie (*maltreatment*) i zespół dziecka maltretowanego (*battered child syndrome*).

Wyszukiwane hasła związane z wynikami obejmowały zaburzenia psychiczne (*mental disorders, depres* depress**) i zaburzenia lękowe (*anxiety disorder**). Terminy związane z doświadczeniami i wynikami połączono operatorem AND w każdej z baz danych. Uwzględniono również wyszukiwane hasła dla innych zaburzeń psychicznych, ponieważ poszukiwania przeprowadzono w ramach szerszego przeglądu systematycznego. Na potrzeby tego badania zgłoszono jedynie wyniki dotyczące zaburzeń depresyjnych i lękowych. Pełne ciągi wyszukiwania dla każdej bazy danych są zawarte w tekście uzupełniającym S1. Zidentyfikowano dodatkowe rekordy, sprawdzając listę referencyjną poprzednich badań przeglądowych w tej dziedzinie.

Pozyskiwanie danych

Do analizy pobrano pełny tekst każdego badania spełniającego kryteria włączenia. Dwóch recenzentów (HJT i HEE) sprawdziło badania pod kątem kwalifikowalności, a spory rozwiązano w drodze konsensusu. Dane wyodrębniono do znormalizowanego arkusza do ekstrakcji danych opracowanego na użytek poprzedniego badania (Erskine i in., 2016). Zgłoszoną wielkość efektu i odpowiadającą jej niepewność wyodrębniono wraz z innymi cechami badania, w tym rokiem badania, rozmiarem próby, nazwą kohorty (jeśli określono), płcią, krajem i szczegółową lokalizacją, przedziałem wiekowym, definicją doświadczenia, miarą doświadczenia (np. Skala taktyki w konfliktach), definicją wyniku (np. edycja DSM lub ICD), miarą wyniku (np. *Złożony międzynarodowy kwestionariusz diagnostyczny [Composite International Diagnostic Interview, CIDI]*) oraz wszelkimi korektami wielkości efektu (np. ze względu na płeć, wiek lub status społeczno-ekonomiczny [SES]).

Analiza danych

Badania zgłaszające ryzyko względne (RR) z 95% przedziałami ufności lub badania kliniczno-kontrolne zostały przekonwertowane na OR przy użyciu ustalonych metod (Szumilas, 2010). Wybrano OR, ponieważ było one najczęstszą miarą wyników stosowaną we włączonych badaniach. W artykułach, w których przypadki lub przypadki kontrolne były równe zero, do każdej grupy dodano 0,5 zgodnie z przyjętą

metodologią jako korektę ciągłości, która dała bezstronny estymator (Lawson, 2004; The Cochrane Collaboration, 2011). Do przeprowadzenia wszystkich metaanaliz wykorzystano MetaXL w wersji 5.3 (EpiGear, 2016). W celu uwzględnienia wariacji między badaniami zastosowano model efektów losowych, a w celu zbadania niejednorodności badania oszacowano statystyki Cochran Q i I² (Higgins, Thompson, Deeks, Altman, 2003). Dla wszystkich metaanaliz wygenerowano wykresy leśne (*forest plot*), a potencjalną stronniczość publikacji oceniono za pomocą wykresów lejkowych (Sedgwick, Marston, 2015). Tam, gdzie dostępne były wystarczające dane, przeprowadzono analizy podgrup w celu zbadania różnic według płci (mężczyźni vs kobiety), grupowania krajów (kraje o wysokich dochodach [HIC] vs kraje o niskich i średnich dochodach [LMIC]) zgodnie z klasyfikacją GBD 2017, projekt badania (badanie prospektywne vs retrospektywne) i miara wyniku (narzędzie diagnostyczne a skala objawów). Tam, gdzie to możliwe, w odniesieniu do określonych rodzajów krzywdzenia dzieci analizy zostały również stratyfikowane według badań, które dostosowały wyniki do innych form krzywdzenia dzieci i tych, które tego nie zrobiły.

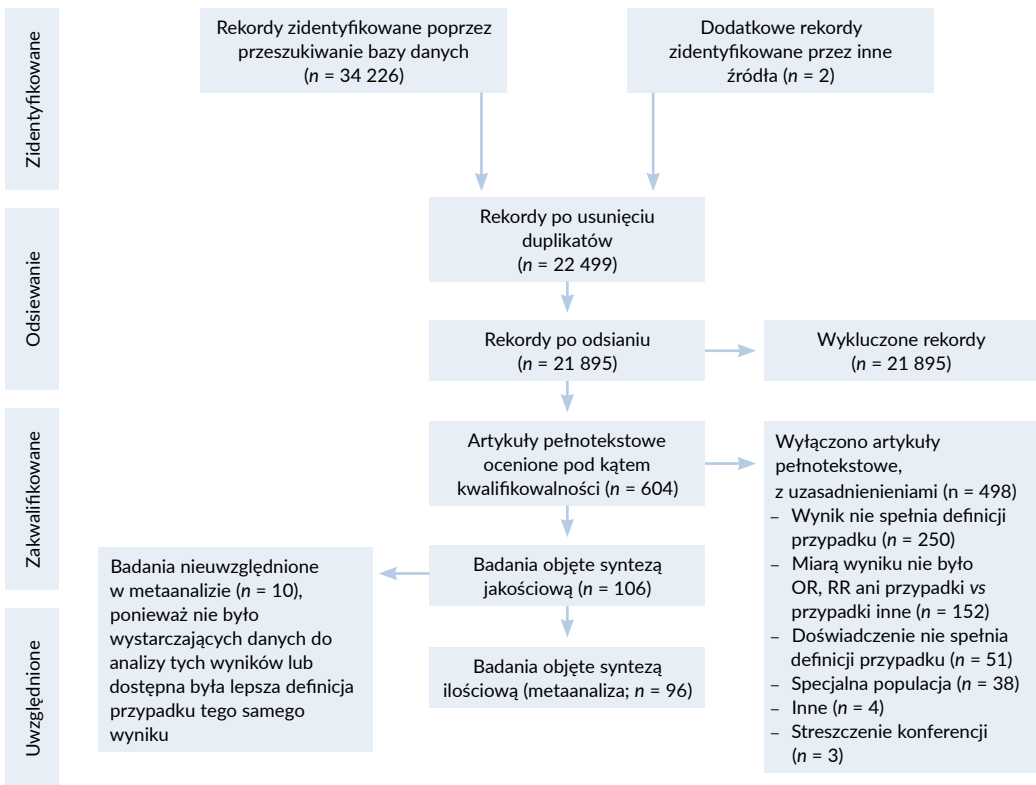
WYNIKI

Na rysunku 1 przedstawiono wyniki przeglądu systematycznego. Spośród 604 artykułów ocenionych pod kątem kwalifikowalności 106 spełniło kryteria włączenia, a następnie zostało wyodrębnionych. Wśród nich 68 oceniało wykorzystywanie seksualne, 56 – wykorzystywanie fizyczne, 29 – krzywdzenie dziecka, 22 – zaniechanie, 16 – wykorzystywanie emocjonalne, a 11 – bycie świadkiem przemocy domowej. Większość badań pochodziła z Ameryki Północnej ($n = 53$), pozostałe były z Europy Zachodniej ($n = 18$), Australii ($n = 13$), Azji ($n = 11$), Afryki ($n = 6$) i Ameryki Południowej ($n = 5$). Jeśli chodzi o projekt badania, w 68 stosowano przekrój poprzeczny, a w 38 – podłużny. Większość badań podłużnych była retrospektywna ($n = 30$). Wielkości prób wahały się od 103 (Stein i in., 1996) do ponad 3 000 000 uczestników (Spataro, Mullen, Burgess, Wells, Moss, 2004). Tabela 1 przedstawia cechy charakterystyczne każdego badania spełniającego kryteria włączenia.

Jak pokazano w tabeli 2, wszystkie formy krzywdzenia dzieci były istotnie związane z zaburzeniami depresyjnymi i związek ten nie różnił się znacząco między rodzajami krzywdzenia dzieci. Osoby narażone na „dowolną formę krzywdzenia dziecka” były 2,5 razy bardziej narażone na rozwój zaburzeń depresyjnych niż osoby, które nie doświadczyły krzywdzenia dzieci (OR = 2,48, 95% CI 2,14–2,87), co można zaobserwować na wykresie leśnym na rysunku 2. Odpowiednie wykresy leśne są dostępne w materiałach uzupełniających dotyczących innych form krzywdzenia dzieci (rysunki

uzupełniające S1–S5). Istniała znaczna niejednorodność wszystkich form krzywdzenia dzieci i zaburzeń depresyjnych. Inspekcja wykresów lejkowych wykazała wyższą stroniczość publikacji w przypadku badań, w których wykazano wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczną, emocjonalną i zaniedbanie, oraz niższą stroniczość publikacji w przypadku badań wykazujących doświadczenie dowolnego krzywdzenia dziecka i bycia świadkiem przemocy domowej (rysunki uzupełniające S6–S11).

Badania nieuwzględnione w metaanalizie ($n = 10$), ponieważ nie było wystarczających danych do analizy tych wyników lub dostępna była lepsza definicja przypadku tego samego wyniku



Rysunek 1. Preferowane pozycje sprawozdawcze dla przeglądów systematycznych i metaanaliz (PRISMA), pokazujące proces wyboru badań do włączenia do przeglądu systematycznego i metaanalizy¹.

1 OR = iloraz szans, RR = ryzyko względne.

Tabela 1

Charakterystyka badań spełniających kryteria włączenia

Badanie	Lokalizacja	Wielkość próby (N)	Płeć	Forma krzywdzenia	Pomiar krzywdzenia dzieci	Ocena wyników zdrowotnych	Następstwa zdrowotne	Pomiar doświadczenia
Afifi, Brownridge, Cox, Sareen (2006)	USA	5 838	Obie	Fizyczna, dowolna forma krzywdzenia	CTS	CIDI	MDD	Retrospektywny
Afifi (2006)	Egipt i Oman	7 648	Obie	Fizyczna	Samoopis	CDI (Arabski)	Depresja	Retrospektywny
Afifi, Boman, Fleisher, Sareen (2009)	USA	5 159	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	CIDI	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Afifi, Al Riyami, Morsi, Al Kharusil (2006)	Oman	5 409	Obie	Fizyczna	Samoopis	CDI (Arabski)	Depresja	Retrospektywny
Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan, Sareen (2012)	USA	20 607	Obie	Fizyczna	ACEa	AUDADIS-IV	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Armour i in. (2016)	Angia	3 845	Żeńska	Fizyczna	APMS	CIS-R	Depresja	Retrospektywny
Avanci i in. (2008)	Brazylia	1 923	Obie	Fizyczna, emocjonalna, seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	CTS	SRQ-20	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Benjet, Borges, Mendez, Fleiz, Medina-Mora (2011)	Meksyk	3 005	Obie	Fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Samoopis	WMH-CIDI-A	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Blanco i in. (2014)	USA	34 653	Obie	Seksualna	CTQ	AUDADIS-IV	MDD	Retrospektywny
Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, Thompson (2008)	USA	3 568	Żeńska	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna	BRFSS	CES-D	Poważne objawy depresyjne	Retrospektywny
Bromet, Sonnega, Kessler (1998)	USA	3 133	Obie	Fizyczna, bycie świadkiem przemocy domowej	Zmodyfikowany CTS	Zmodyfikowany CIDI	PTSD	Retrospektywny
Brown, Cohen, Johnson, Smailes (1999)	USA	639	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Samoopis	DISC	Zaburzenia depresyjne	Prospektywny
Chapman i in. (2004)	USA	9 460	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna/psychiczna, bycie świadkiem przemocy domowej	ACEa	DIS i CES-D	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Choi i in. (2017)	USA	14 738	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy domowej	ACEa	AUDADIS-IV	MDD, PTSD	Retrospektywny
Chou (2012)	Anglia	3 493	Obie	Seksualna	Samoopis	CIS-R	Epizod depresyjny	Retrospektywny
Clark, De Bellis, Lynch, Cornelius, Martin (2003)	USA	751	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	K-SADS	BDI	Depresja	Retrospektywny
Cohen, Brown, Smaile (2001)	USA	610	Obie	Fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Samoopis	DISC-I	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Prospektywny
Coles, Lee, Taft, Mazza, Loxton (2015)	Australia	7 700	Żeńska	Seksualna	Samoopis	CESD-10	Depresja, zaburzenia lękowe	Prospektywny
Davidson, Hughes, Blazer, George (1991)	USA	2 985	Obie	Seksualna, fizyczna	Samoopis	DIS	PTSD	Retrospektywny
Dinwiddie i in. (2000)	Australia	5 946	Obie	Seksualna	SSAGA (adaptacja telefoniczna)	SSAGA (adaptacja telefoniczna)	MDD	Retrospektywny
Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick (1996)	USA	4 008	Żeńska	Fizyczna	Wywiad z klasyfikacją incydentów	CID dla DSM-III-R	Episod ciężkiej depresji	Retrospektywny
Dunn, Gilman, Willett, Slopen, Molnar (2012)	USA	5 498	Obie	Fizyczna, seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	NCS-R część 2	Zmodyfikowana wersja WMH-CIDI	MDD	Prospektywny

Badanie	Lokalizacja	Wielkość próby (N)	Płeć	Forma krzywdzenia	Pomiar krzywdzenia dzieci	Ocena wyników zdrowotnych	Następstwa zdrowotne	Pomiar doświadczenia
Dunn, McLaughlin, Slopen, Rosand, Smoller (2013)	USA	14 322	Obie	Fizyczna, seksualna	Add Health Fala 4	9-elementowy CES-D	Objawy depresyjne	Prospektywny
Feldman, Conger, Burzette (2004)	USA	524	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	UM-CIDI	UM-CIDI	PTSD	Retrospektywny
Fergusson, Boden, Horwood (2008)	Nowa Zelandia	1 265	Obie	Fizyczna, seksualna	Samoopis	CIDI	MDD, zaburzenia lękowe	Prospektywny
Fergusson, Horwood, Lynskey (1996)	Nowa Zelandia	1 019	Obie	Seksualna	Samoopis	CIDI	MDD, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Fujiwara, Kawakami (2011)	Japan	1 722	Obie	Seksualna, fizyczna, zaniedbanie	WMH-J	Japońskie tłumaczenie WHO-CIDI 3.0	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Gal, Levav, Gross (2011)	Izrael	3 978	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, seksualna, fizyczna	Samoopis	INHS_CIDI	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Gallo i in. (2017)	Brazylia	3 715	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy domowej	CTQ (Brazylia)	MINI-V	MDD	Prospektywny
Ghassemi, Sadeghi, Asadollahi, Yousefy, Mallik (2010)	Iran	709	Żeńska	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	BDI, samoopis	MDD	Retrospektywny
Goldney, Dal Grande, Taylor (2009)	Australia	2 501	Obie	Seksualna	Samoopis	SF-12	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Gonzalez i in. (2012)	Kanada	1 475	Obie	Fizyczna, seksualna	Kwestionariusz przemocy w dzieciństwie Krótki formularz	CIDI-SF	MDD	Retrospektywny
Goodwin, Wamboldt, Pine (2003)	USA	5 877	Obie	Fizyczna	Samoopis	CIDI	MDD	Retrospektywny
Green i in. (2010)	USA	5 692	Obie	Seksualna, fizyczna, zaniedbanie	NCS-R	CIDI	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Hanson i in. (2008)	USA	3 907	Obie	Fizyczna, seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	Wywiad telefoniczny	Zmodyfikowana wersja NWS PTSD i Modułu depresji	Ciężki epizod depresyjny, PTSD	Retrospektywny
Hanson i in. (2001)	USA	4 008	Obie	Fizyczna, seksualna	Zmodyfikowana wersja ICI	Zmodyfikowana wersja SCID dla DSM-III-R	Ciężki epizod depresyjny, PTSD	Retrospektywny
Holmberg, Hellberg (2010)	Szwecja	1 428	Żeńska	Seksualna	Q90	Q90	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Hovens, Giltay, Spinhoven, van Hemert, Penninx (2015)	Holandia	1 167	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie	NEMESIS	CIDI	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Hovens i in. (2012)	Holandia	1 209	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie	NEMESIS	CIDI	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Hovens i in. (2010)	Holandia	1 931	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie	NEMESIS	CIDI	"Czysta" obecna depresja	Retrospektywny
Hussey, Chang, Kotch (2006)	USA	937	Obie	Fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Samoopis	Zmodyfikowana wersja CES-D	Objawy depresyjne	Prospektywny
Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama, Puren (2010)	Południowa Afryka	1 415	Żeńska	Fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Zmodyfikowany CTQ-SF	CES-D	Objawy depresyjne	Prospektywny
Jonas i in. (2011)	Anglia	7 353	Obie	Seksualna	Samoopis	CIS-R	Epizod depresyjny	Retrospektywny
Kaplan i in. (1998)	USA	198	Obie	Fizyczna	Rejestr usług społecznych	K-SADS, Skala ocen nauczania Connera, Moduł PTSD z SCID-NP, informacja szkolna i medyczna	MDD	Retrospektywny
Kendler i in. (2000)	USA	1 411	Żeńska	Seksualna	Samoopis	Zmodyfikowana wersja SCID dla DSM-III-R	MDD	Retrospektywny

Badanie	Lokalizacja	Wielkość próby (N)	Płeć	Forma krzywdzenia	Pomiar krzywdzenia dzieci	Ocena wyników zdrowotnych	Następstwa zdrowotne	Pomiar doświadczenia
Khan i in. (2015)	USA	560	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Skala MACE, 100-elementowy cześciowo ustrukturyzowany Wywiad Traumatycznych Wydarzeń, samoopis, CTS, CTQ, ACE	Kwestionariusz symptomów Kellnera, SCL-90, SIGH-SAD	MDD	Retrospektywny
Kilpatrick i in. (2003)	USA	3 906	Obie	Fizyczna, seksualna	Samoopis	Moduł Depresji NWS	Ciężki epizod depresyjny, PTSD	Retrospektywny
Kim, Kim (2005)	Korea	16 672	Obie	Seksualna	Samoopis	BSI	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Kinyanda i in. (2013)	Uganda	1 587	Obie	Bycie świadkiem przemocy domowej	Kwestionariusz socjodemograficzny	MINI-KID	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Klein i in. (2013)	USA	502	Obie	Fizyczna, seksualna	12 pytań z Assessing Environment II, 5 pytań z CTQ	K-SADS, LIFE, SCID	MDD	Retrospektywny
Lee Chen (2017)	USA	60 598	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	ACE	PHQ-MDD	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Lereya, Copeland, Costello, Wolke (2015)	Anglia i USA	5 177	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	CIS-R i YAPA	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Prospektywny
Leviton, Rector, Sheldon, Goering (2003)	Kanada	6 597	Obie	Fizyczna	Skala przemocy na podstawie Ontario Health Survey	CIDI	MDD	Retrospektywny
Li, Ahmed, Zabin (2012)	Tajpej	4 084	Obie	Seksualna	Samoopis	Samoopis	Objawy depresyjne	Retrospektywny
MacMillan i in. (2001)	Kanada	7 016	Obie	Fizyczna, seksualna	Samoopis	CIDI	MDD, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Mansbach-Kleinfeld, Ifrah, Apter, Farbstein (2015)	Izrael	906	Obie	Seksualna	Samoopis	DAWBA	MDD	Retrospektywny
Moffitt i in. (2007)	Nowa Zelandia	945	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis i informacje od rodziców	DIS	MDD	Retrospektywny
Molnar, Buka, Kessler (2001)	USA	5 866	Obie	Seksualna	NCS	Zmodyfikowany CIDI	Zaburzenia depresyjne, PTSD	Retrospektywny
Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison (1993)	Nowa Zelandia	1 376	Obie	Seksualna	GHQ	PSE-SF	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Mullen, Martin,erson, Romans, Herbison (1996)	Nowa Zelandia	1 376	Żeńska	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna, emocjonalna	Samoopis	PSE-SF	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Musliner Singer (2014)	USA	2 476	Obie	Seksualna	Samoopis	CESD-10	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Nada-Raja Skegg (2011)	Nowa Zelandia	467	Męska	Seksualna	Samoopis	Zmodyfikowany DIS	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Nasreen, Alam, Edhborg (2016)	Bangladesz	2 440	Żeńska	Fizyczna, seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	Samoopis	BDI	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Nduna, Jewkes, Dunkle, Jama, Shai, Colman (2013)	Południowa Afryka	783	Obie	Seksualna	CTQ	CES-D	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Nelson i in. (2002)	Australia	477	Obie	Seksualna	Samoopis i opis bliźniaka	Zmodyfikowany SSAGA	MDD	Retrospektywny
Nikulina, Widom, Czaja (2011)	USA	1 004	Obie	Zaniedbanie	Dokumenty sądowe	DIS-R	MDD, PTSD	Prospektywny
Oladeji, Morakinyo, Gureje (2011)	Nigeria	786	Obie	Seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	KSADS-PL moduł PSTD	KSADS-PL moduł PSTD	PTSD	Retrospektywny
Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora, Lopez-Carrillo (2008)	Meksyk	3 005	Obie	Seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	CIDI moduł PTSD	CIDI moduł PTSD	PTSD	Retrospektywny
Ouellet-Morin i in. (2015)	Anglia i Walia	1 052	Żeńska	Dowolna forma krzywdzenia	CTQ-SF	DIS	Epizod ciężkiej depresji	Retrospektywny
Paquette i in. (2017)	Kanada	1 001	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie	Samoopis	CIDI	Zaburzenia depresyjne, PTSD	Retrospektywny

Badanie	Lokalizacja	Wielkość próby (N)	Płeć	Forma krzywdzenia	Pomiar krzywdzenia dzieci	Ocena wyników zdrowotnych	Następstwa zdrowotne	Pomiar doświadczenia
Paradis i in. (2009)	USA	346	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	DIS-IV	MDD	Prospektywny
Perales i in. (2013)	Hiszpania	2 121	Obie	Seksualna, fizyczna	ESEMeD-Spain	CIDI 3.0	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Pickles i in. (2010)	Anglia	1 426	Obie	Seksualna	Samoopis	SADS	MDD	Retrospektywny
Pirdehghan, Vakili, Rajabzadeh, Puyandehpour, Aghakoochak (2016)	Iran	700	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	DASS-42	Objawy depresyjne, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Raheel (2015)	Arabia Saudyjska	1 028	Żeńska	Fizyczna, emocjonalna	Samoopis	Zmodyfikowany BDI-II	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Raposo, Mackenzie, Henriksen, Afifi (2014)	USA	7 080	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, seksualna, fizyczna, emocjonalna, zaniedbanie	Pytania bazujące na ACEa	AUDADIS	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Reinherz, Paradis, Giaconia, Stashwick, Fitzmaurice (2003)	USA	354	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	Samoopis	DIS-III-R i DIS-IV	MDD	Retrospektywny
Remigio-Baker i in. (2014)	USA	3 437	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna	Samoopis	PHQ-8	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Ritchie i in. (2009)	Francja	942	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, zaniedbanie	Samoopis	MINI, CES-D	MDD	Retrospektywny
Rivera-Rivera, Rivera-Hernandez, Perez-Amezcu, Leyva-Lopez, Castro (2015)	Meksyk	9 982	Obie	Emocjonalna	CTS	CES-D	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Rohde i in. (2008)	USA	4 641	Żeńska	Fizyczna, seksualna	Zmodyfikowany CTQ	PHQ	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Roustit i in. (2009)	Francja	3 023	Obie	Fizyczna, seksualna, bycie świadkiem przemocy domowej	Samoopis	MINI	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Rubino, Nanni, Pozzi, Siracusano (2009)	Włochy	788	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna, emocjonalna	Kwestionariusz Krzywdzenia	SCID-I	MDD	Retrospektywny
Schulz i in. (2014)	Niemcy	2 046	Obie	Fizyczna, seksualna, emocjonalna, zaniedbanie	CTQ-28 (Niemieckie)	CDI-Monachium	MDD	Retrospektywny
Scott (1992)	USA	3 131	Obie	Seksualna	Instrument opracowany na miejscu LAECA, we współpracy z NIMH	NIMH-DIS	MDD	Retrospektywny
Scott, McLaughlin, Smith, Ellis (2012)	Nowa Zelandia	1 413	Obie	Dowolna forma krzywdzenia,	NZMHS i NZCYF	CIDI 3.0	MDD, zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Scott, Smith, Ellis (2010)	Nowa Zelandia	2 144	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	NZMHS i NZCYF	CIDI 3.0	MDD, PTSD	Retrospektywny
Shanahan, Copeland, Costello, Angold (2011)	USA	1 004	Obie	Dowolna forma krzywdzenia	CAPA i YAPA	CAPA i YAPA	Depresja	Prospektywny
Silverman, Reinherz, Giaconia (1996)	USA	375	Żeńska	Seksualna, fizyczna	Samoopis	NIMH-DIS-III-R	MDD, PTSD	Prospektywny
Slopen i in. (2010)	Południowa Afryka	4 351	Obie	Seksualna, fizyczna	NCS	CIDI 3.0	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Sonnby, Aslund, Leppert, Nilsson (2011)	Szwecja	4 910	Obie	Seksualna	Samoopis	DSRS wersja młodzieżowa	Objawy depresyjne	Retrospektywny
Spataro i in. (2004)	Australia	3 141	Obie	Seksualna	Dane medycyny sądowej	Rejestr spraw psychiatrycznych stanu Wiktorii	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Springer, Sheridan, Kuo, Carnes (2007)	USA	2 051	Obie	Fizyczna	Pytania bazujące na CTS	CES-D	Objawy depresyjne, zaburzenia lękowe	Prospektywny
Stein i in. (1996)	Kanada	103	Żeńska	Seksualna, fizyczna	Samoopis	Przypadki Programu Badania Zaburzeń Lękowych	Zaburzenia lękowe	Retrospektywny
Straus, Kantor (1994)	USA	4 500	Obie	Fizyczna	Samoopis	Pytania PERI	Objawy depresyjne	Retrospektywny

Badanie	Lokalizacja	Wielkość próby (N)	Płeć	Forma krzywdzenia	Pomiar krzywdzenia dzieci	Ocena wyników zdrowotnych	Następstwa zdrowotne	Pomiar doświadczenia
Stuart, Lاراia, Ballenger, Lydiard (1990)	USA	115	Żeńska	Seksualna	Zmodyfikowana wersja Crime Victimization Inventory	DSM-III-R	MDD	Retrospektywny
Sugaya i in. (2012)	USA	34 653	Obie	Fizyczna	Zmodyfikowane pytania ACE	AUDADIS-IV	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Taillieu, Brownridge, Sareen, Afifi (2016)	USA	30 307	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, emocjonalna, zaniedbanie	ACE	AUDADIS-IV	Zaburzenia depresyjne, PTSD	Retrospektywny
Turner, Taillieu, Cheung, Afifi (2017)	USA	34 653	Męska	Dowolna forma krzywdzenia, seksualna	Zmodyfikowane pytania ACE	AUDADIS-IV	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Wainwright and Surtees (2002)	Wielka Brytania	3 353	Obie	Fizyczna	Pytania bazujące na NCS, MID1, Childhood Experience of Case i wywiadzie dotyczącym przemocy	HLEQ	MDD	Retrospektywny
Widom, Czaja, Wilson, Allwood, Chauhan (2013)	USA	1 039	Obie	Zaniedbanie	Dokumenty sądowe	DIS-III-R	Zaburzenia depresyjne, PTSD	Retrospektywny
Widom, DuMont, Czaja (2007)	USA	1 196	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Dokumenty sądowe	DIS-III-R	MDD	Prospektywny
Widom (1999)	USA	1 196	Obie	Dowolna forma krzywdzenia, fizyczna, seksualna, zaniedbanie	Dokumenty sądowe	DIS	PTSD	Retrospektywny
Wise, Zierler, Krieger, Harlow (2001)	USA	732	Żeńska	Dowolna forma krzywdzenia	Badanie relacji interpersonalnych	SCID	MDD	Retrospektywny
Yen i in. (2008)	Tajwan	1 684	Obie	Fizyczna	AAS	Skala Depresji Zunga	Zaburzenia depresyjne	Retrospektywny
Young, Lennie, Minnis (2011)	Szkocja	2 583	Obie	Zaniedbanie	PBI	Komputerowa wersja DISC	Zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe	Prospektywny

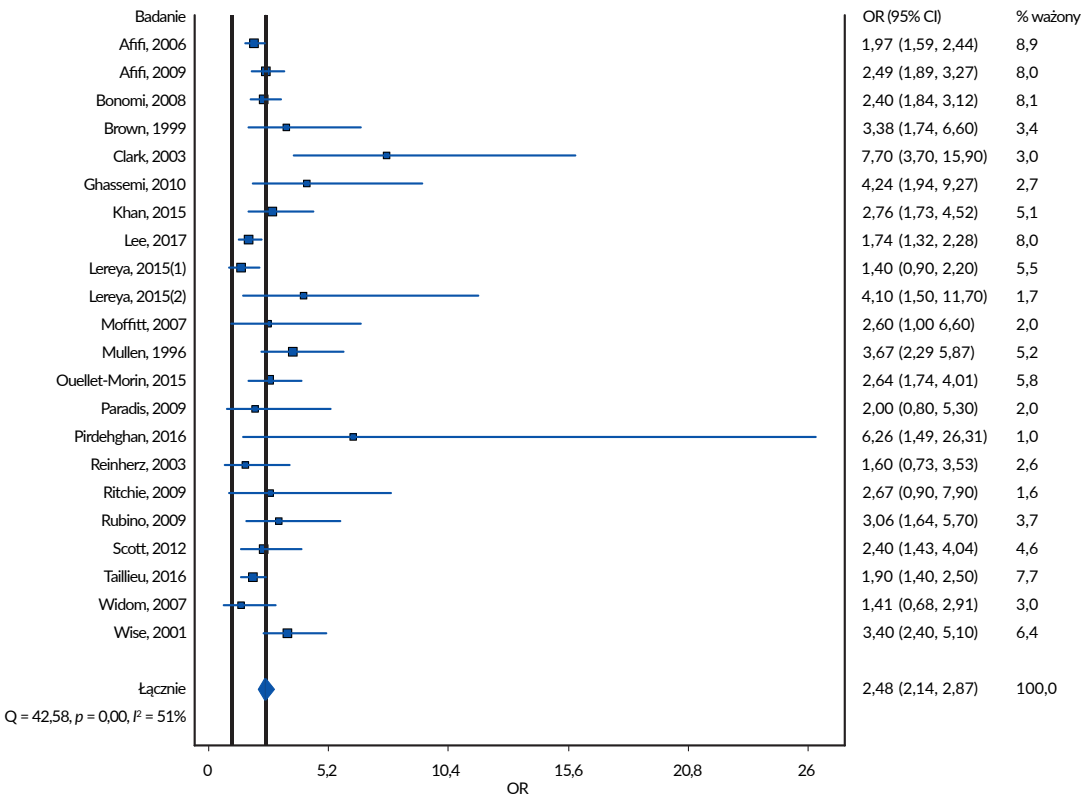
Tabela 2

Połączone ilorazy szans dla związku między doświadczeniem każdej formy krzywdzenia dziecka a zaburzeniami depresyjnymi

Forma krzywdzenia	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Statystyki Cochrańa Q	p ^a	I ² (%)
Jakiegokolwiek krzywdzenie dziecka	2,48	2,14	2,87	22	42,58	<0,01	50,69
Wykorzystywanie seksualne	2,11	1,83	2,44	46	519,19	<0,01	91,33
Przemocy fizyczna	1,78	1,57	2,01	41	224,84	<0,01	82,21
Przemoc emocjonalna	2,35	1,74	3,18	14	268,78	<0,01	95,16
Zaniedbanie	1,65	1,35	2,02	15	54,58	<0,01	74,35
Bycie świadkiem przemocy domowej	1,68	1,34	2,10	10	38,21	<0,01	76,45

OR – iloraz szans, CI – przedział ufności.

^aTest na heterogeniczność.



Rysunek 2. Metaanaliza zaburzeń depresyjnych będących wynikiem dowolnej formy krzywdzenia dziecka.

W tabeli 3 przedstawiono metaanalizy dotyczące związku między krzywdzeniem dzieci stratyfikowane według płci i grup krajów. Odpowiednie wykresy leśne są dostępne w materiałach uzupełniających (rysunki uzupełniające S12–S23). Na podstawie dostępności danych metaanalizy zostały stratyfikowane według płci pod kątem wykorzystywania seksualnego i przemocy fizycznej oraz według grup krajów pod względem wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej, przemocy emocjonalnej i bycia świadkiem przemocy domowej. Związek między tymi formami krzywdzenia dzieci i zaburzeniami depresyjnymi pozostawał znaczący, gdy stratyfikowano według płci i grup krajów, a także nie stwierdzono istotnej różnicy między którąkolwiek z tych warstw.

Tabela 3

Połączone ilorazy szans dla związku między różnymi formami krzywdzenia dzieci i zaburzeń depresyjnych, stratyfikowane według płci i grup krajów

Forma krzywdzenia	Stratyfikacja	Kategoria	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Q Cochrana	p ^a	I ² (%)
Wykorzystywanie seksualne	Płeć	Męska	2,50	1,86	3,35	6	14,93	0,01	66,51
		Żeńska	1,95	1,71	2,23	16	42,72	<0,01	64,89
	Dochód kraju	Wysoki	2,15	1,84	2,51	40	506,13	<0,01	92,29
		Niski i średni	1,75	1,39	2,19	7	5,25	0,39	4,85
Przemoc fizyczna	Płeć	Męska	1,85	1,22	2,80	5	10,16	0,04	60,64
		Żeńska	2,13	1,76	2,58	10	18,26	0,03	50,70
	Dochód kraju	Wysoki	1,81	1,57	2,08	32	193,42	<0,01	83,97
		Niski i średni	1,70	1,33	2,17	9	24,27	<0,01	67,03
Przemoc emocjonalna	Dochód kraju	Wysoki	2,06	1,41	3,01	9	167,37	<0,01	95,22
		Niski i średni	2,95	1,95	4,45	5	22,00	<0,01	81,82
Bycie świadkiem przemocy domowej	Dochód kraju	Wysoki	1,52	1,12	2,07	5	26,46	<0,01	84,88
		Niski i średni	1,94	1,43	2,64	5	7,84	0,10	49,01

OR – iloraz szans. CI – przedział ufności.

^aTest na heterogeniczność. Nie przeprowadzono analizy płci w przypadku przemocy emocjonalnej, zaniedbania, bycia świadkiem przemocy domowej i dowolnej formy krzywdzenia dziecka, ponieważ było zbyt mało danych. Analiza grup krajów nie została przeprowadzona w przypadku zaniedbania oraz dowolnej formy krzywdzenia dziecka, ponieważ było za mało danych.

W obu analizach podgrup istniała wysoka niejednorodność, a wykresy lejkowe wskazywały na stronniczość publikacji, prawdopodobnie ze względu na dużą liczbę badań przedstawiających silny związek między zaburzeniami depresyjnymi a wykorzystywaniem seksualnym i przemocą fizyczną, szczególnie w HIC.

Zbadano również charakterystykę metodologiczną i wyniki przedstawiono w tabeli 4 z odpowiednimi wykresami leśnymi dostępnymi w materiałach uzupełniających (rysunki dodatkowe S24–S45). Na wszystkich poziomach stratyfikacji dla każdego rodzaju krzywdzenia dzieci związek z zaburzeniami depresyjnymi pozostawał znaczący i nie stwierdzono istotnych różnic między poszczególnymi poziomami stratyfikacji. We wszystkich analizach warstwowych zaobserwowano wysoką heterogeniczność, a stronniczość publikacji była widoczna w przypadku wykorzystywania seksualnego ocenianego przy użyciu narzędzia diagnostycznego.

Analiza wykazała, że dowolna forma krzywdzenia dzieci, wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczna i zaniedbywanie, nie różniły się znacząco między sobą, co pokazuje, że te formy krzywdzenia dzieci były istotnie związane z zaburzeniami

lękowymi (tab. 5). Na rysunku 3 przedstawiono odpowiedni wykres leśny dla związku między doświadczeniem krzywdzenia w dzieciństwie i zaburzeniami lękowymi. Wykresy pokazujące związek między innymi formami maltretowania dzieci i zaburzeniami lękowymi można znaleźć na rysunkach uzupełniających S46–48. Stwierdzono znaczną niejednorodność w związku z dowolną formą krzywdzenia dzieci i wykorzystywaniem seksualnym, ale nie w przypadku przemocy fizycznej i zaniedbywania. Było zbyt mało badań, aby uwzględnić metaanalizę przemocy emocjonalnej i bycia świadkiem przemocy domowej.

W tabeli 6 przedstawiono wyniki metaanalizy dotyczącej związku między krzywdzeniem dzieci a PTSD. Nie przeprowadzono analizy przemocy emocjonalnej, ponieważ było zbyt mało punktów danych. Pozostałe cztery formy krzywdzenia dzieci okazały się związane z PTSD, bez istotnych różnic między poszczególnymi formami krzywdzenia dzieci. Doświadczenie dowolnej formy krzywdzenia w dzieciństwie (rys. 4) i wykorzystywania seksualnego zwiększało ponad trzykrotnie szanse wystąpienia PTSD (OR = 3,35, 95% CI 1,55–7,22 i OR = 3,54, 95% CI 2,31–5,41). Pozostałe wykresy można znaleźć w internetowym materiale uzupełniającym (ryunki uzupełniające S49–S52). Znaczną niejednorodność zaobserwowano w związku między dowolną formą krzywdzenia a wykorzystywaniem seksualnym, jednak nie ma jej w związku z innymi formami wykorzystywania.

DYSKUSJA

W pracy przedstawiono pierwszy systematyczny przegląd i metaanalizę związku między wszystkimi formami krzywdzenia dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Podsumowując, wykazano, że wszystkie formy krzywdzenia dzieci były związane ze znacznie zwiększonym ryzykiem zaburzeń depresyjnych i lękowych. Wyniki dotyczące wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej, przemocy emocjonalnej i zaniedbywania są zgodne z wnioskami z poprzednich przeglądów (Lindert i in., 2014; Norman i in., 2012). W innych metaanalizach wykazano wyższe współczynniki szans dotyczących związku między wykorzystywaniem seksualnym, przemocą fizyczną, przemocą emocjonalną i zaniedbywaniem a zaburzeniami depresyjnymi niż w niniejszym przeglądzie (Nelson, Klumparendt, Doebler, Ehring, 2017). Obejmowały one jednak również badania kliniczne, podczas gdy w niniejszym przeglądzie uwzględniono tylko badania na próbach reprezentatywnych. Synteza prób badań reprezentatywnych pozwala obliczyć szacunek obciążenia związanego z krzywdzeniem dzieci. To pierwsze badanie uwzględniające związek między byciem świadkiem przemocy domowej jako formą krzywdzenia dziecka a zaburzeniami

depresyjnymi i lękowymi w późniejszym życiu. Chociaż wykorzystano mniej badań dotyczących przemocy emocjonalnej, zaniedbania i bycia świadkiem przemocy domowej, coraz więcej dowodów przemawia za tym, że wszystkie formy krzywdzenia dzieci są związane z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Stwierdzono, że przemoc emocjonalna jest znacząco związana z zaburzeniami depresyjnymi, mimo stosunkowo niewielu danych szacunkowych w porównaniu z innymi formami krzywdzenia dzieci. W poprzednich badaniach wykazano, że związek między przemocą emocjonalną a zaburzeniami depresyjnymi był znacznie silniejszy niż w przypadku wykorzystywania seksualnego (Remigio-Baker, Hayes, Reyes-Salvail, 2014) i przemocy fizycznej (Choi i in., 2017; Remigio-Baker i in., 2014). Teoretyzowano, że ponieważ przemoc emocjonalna jest zwykle stosowana przez osobę, od której ofiara oczekuje miłości i szacunku, naruszenie tego związku może spowodować poważniejsze szkody emocjonalne niż inne formy nadużyć (Gibb, Alloy, 2006; Rose, Abramson, 1992). Biorąc pod uwagę, że przemoc emocjonalna jest oceniana w pracach naukowych rzadziej niż wykorzystywanie seksualne lub przemoc fizyczna (Krug i in., 2002; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, van IJzendoorn, 2015), potrzeba więcej badań, aby określić naturę związku między przemocą emocjonalną a zdrowiem psychicznym w późniejszym życiu. Jest to szczególnie ważne, jako że w naszej analizie było zbyt mało badań, aby zbadać związek między przemocą emocjonalną a zaburzeniami lękowymi.

Podobnie jak w przypadku przemocy emocjonalnej, w niniejszym przeglądzie wykazano, że zaniedbanie było również jedną z najmniej zbadanych form krzywdzenia dzieci. Nasze metaanalizy wykazały, że zaniedbanie było istotnie związane z zaburzeniami depresyjnymi, niezależnie od tego, czy źródłem były oficjalne dokumenty czy deklaracje. Oficjalne i udowodnione przez sąd przypadki zaniedbania są często uważane za reprezentujące poważniejsze sytuacje, biorąc pod uwagę, że uzasadniają zgłoszenie do służb (Groeneveld, Giovannoni, 1977). Z innej strony, deklaratywne miary zaniedbania mogą obejmować proporcjonalnie łagodniejsze lub umiarkowane przypadki, co oznacza, że mogą występować różnice między przypadkami depresji spełniającej kryteria diagnostyczne a tymi, które koncentrują się tylko na objawach, porównując przypadki udokumentowane i deklaratywne. W niniejszej analizie ze względu na brak danych tej różnicy nie można było zbadać. Należy jednak rozważyć spójniejsze zasady i standardy raportowania, aby uchwycić wszystkie istotne przypadki zaniedbania, szczególnie te dotyczące HIC i LMIC, aby można było dokonać dokładnych porównań.

Najmniej danych w niniejszym przeglądzie dotyczyło bycia świadkiem przemocy domowej, co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę, że dopiero niedawno uznano

je za formę krzywdzenia dzieci (Leeb i in., 2008) oraz różnorodność definicji w piśmiennictwie. Na przykład Centra Kontroli i Prewencji Chorób (*Centers for Disease Control and Prevention*) definiują bycie świadkiem przemocy domowej jako niezdolność opiekuna do ochrony dziecka przed przemocowym środowiskiem, kiedy uważa się to za możliwe (Leeb i in., 2008). Ostatnie badania koncentrujące się na wszystkich formach krzywdzenia dzieci zdefiniowały bycie świadkiem przemocy jako sytuację, w której dziecko obserwuje konflikty zawierające przemoc fizyczną między dorosłymi lub dorosłymi a innym dzieckiem w gospodarstwie domowym (Gallo i in., 2017). Inne definicje obejmują jednak także bycie świadkiem przemocy słownej lub emocjonalnej między rodzicami (Avanci, Assis, Oliveira, 2008; Kinyanda i in., 2013). Nasze badanie po raz pierwszy uwzględnia bycie świadkiem przemocy domowej w systematycznym przeglądzie wyników w zakresie zdrowia psychicznego związanych z krzywdzeniem dzieci. W miarę udostępniania kolejnych badań, które obejmują bardziej spójne definicje bycia świadkiem przemocy domowej, jednoznaczny udział każdej formy krzywdzenia dziecka może być dalej wyjaśniony.

Tabela 4

Połączone ilorazy szans dla związku między różnymi formami krzywdzenia dzieci i zaburzeń depresyjnych stratyfikowanymi według pomiaru wyników, projektu badania i rodzaju dostosowania

Forma krzywdzenia	Stratyfikacja	Kategoria	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Q Cochrana	p ^a	I ² (%)
Wykorzystywanie seksualne	Pomiar wyniku	Narzędzie diagnostyczne	2,16	1,78	2,62	29	310,53	<0,01	90,98
		Skala objawów	2,03	1,66	2,47	17	102,45	<0,01	84,38
	Projekt badania	Prospektywny	1,89	1,39	2,57	4	3,62	0,31	17,17
		Retrospektywny	2,40	1,78	3,24	14	104,15	<0,01	87,52
		Rodzaj dostosowania	1,74	1,60	1,90	12	12,74	0,31	13,67
		Niedostosowane ze względu na dowolną formę krzywdzenia	2,00	1,62	2,46	23	245,94	<0,01	91,05
Przemoc fizyczna	Pomiar wyniku	Narzędzie diagnostyczne	1,67	1,41	1,96	22	89,68	<0,01	76,58
		Skala objawów	1,83	1,60	2,10	18	51,36	<0,01	66,90
	Projekt badania	Prospektywny	1,36	1,03	1,80	4	4,09	0,25	26,68
		Retrospektywny	1,88	1,53	2,31	11	35,63	<0,01	71,94

Forma krzywdzenia	Stratyfikacja	Kategoria	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Q Cochрана	p ^a	I ² (%)
	Rodzaj dostosowania	Dostosowane ze względu na dowolną formę krzywdzenia dziecka	1,55	1,16	2,06	8	50,68	<0,01	86,19
		Niedostosowane ze względu na dowolną formę krzywdzenia dziecka	1,80	1,54	2,10	23	133,43	<0,01	83,51
Dowolna forma krzywdzenia	Pomiar wyniku	Narzędzie diagnostyczne	2,36	1,98	2,82	10	9,66	0,38	6,82
		Skala objawów	3,08	2,22	4,28	8	22,04	<0,01	68,24
	Projekt badania	Prospektywny	2,06	1,33	3,20	5	7,47	0,11	46,48
		Retrospektywny	3,08	2,48	3,83	10	13,70	0,13	34,31
Przemoc emocjonalna	Pomiar wyniku	Narzędzie diagnostyczne	2,05	1,23	3,41	5	11,04	0,03	63,77
		Skala objawów	3,12	2,38	4,10	5	10,60	0,03	62,25
Bycie świadkiem przemocy domowej	Pomiar wyniku	Narzędzie diagnostyczne	1,70	1,13	2,56	5	22,84	<0,01	82,49
		Skala objawów	1,74	1,34	2,27	4	10,72	0,01	72,02
Zaniechanie	Projekt badania	Prospektywny	1,74	1,32	2,29	4	1,08	0,78	0,00
		Retrospektywny	1,57	1,18	2,10	3	0,03	0,98	0,00

OR – iloraz szans. CI – przedział ufności.

^aTest na heterogeniczność. Ze względu na zbyt mało danych nie przeprowadzono analizy pomiaru wyników w przypadku zaniechania. Analiza projektu badania nie została przeprowadzona w odniesieniu do przemocy emocjonalnej, bycia świadkiem przemocy domowej i dowolnej formy krzywdzenia, ponieważ było za mało danych. Nie przeprowadzono analizy typu dostosowania w przypadku przemocy fizycznej, przemocy emocjonalnej, zaniechania, bycia świadkiem przemocy domowej i dowolnej formy krzywdzenia, ponieważ było zbyt mało danych.

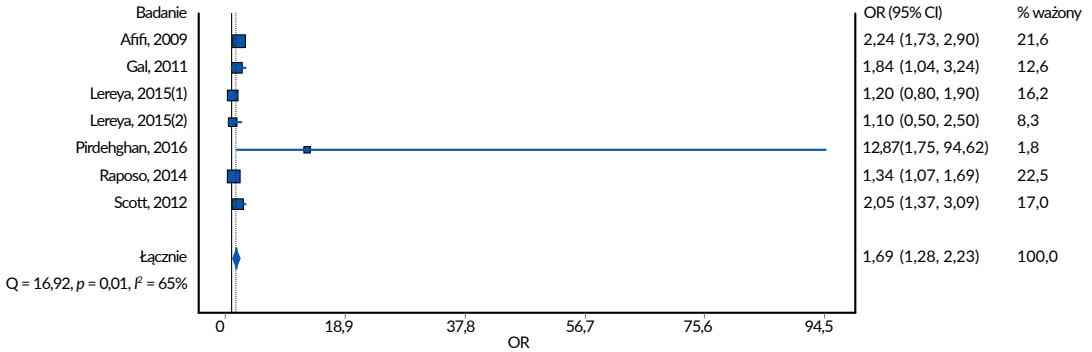
Tabela 5

Połączone ilorazy szans dla związku między doświadczeniem czterech form krzywdzenia dzieci i zaburzeniami lękowymi

Forma krzywdzenia	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Q Cochрана	p ^a	I ² (%)
Dowolna forma krzywdzenia	1,68	1,33	2,14	9	21,75	<0,01	63,22
Wykorzystywanie seksualne	1,92	1,59	2,31	17	50,67	<0,01	68,43
Przemoc fizyczna	1,62	1,45	1,81	14	22	0,06	40,91
Zaniechanie	1,34	1,09	1,65	7	12,58	0,05	52,3

OR – iloraz szans. CI – przedział ufności.

^aTest na heterogeniczność. Ze względu na zbyt mało danych nie przeprowadzono analizy w przypadku przemocy emocjonalnej i bycia świadkiem przemocy domowej.



Rysunek 3. Metaanaliza zaburzeń lękowych będących wynikiem dowolnej formy krzywdzenia dziecka.

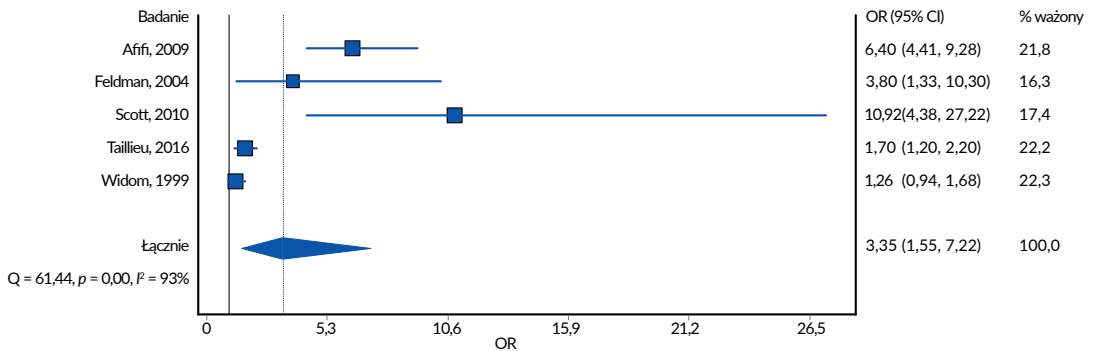
Tabela 6

Połączone ilorazy szans dla związku między doświadczeniem pięciu form krzywdzenia dzieci a zespołem stresu pourazowego

Forma krzywdzenia	OR	Niższe 95% CI	Wyższe 95% CI	Punkty danych, n	Q Cochran	P ^a	I ² (%)
Dowolna forma krzywdzenia	3,35	1,55	7,22	5	61,44	<0,01	93,49
Wykorzystywanie seksualne	3,54	2,31	5,41	12	100,52	<0,01	89,06
Przemoc fizyczna	2,40	1,78	3,26	10	16,15	0,06	44,28
Zaniedbanie	1,76	1,46	2,12	7	9,58	0,14	37,37
Bycie świadkiem przemocy domowej	1,16	0,91	1,47	5	1,51	0,83	0,00

OR – iloraz szans, CI – przedział ufności.

^aTest na heterogeniczność. Nie przeprowadzono analizy w przypadku przemocy emocjonalnej, ponieważ było zbyt mało danych.



Rysunek 4. Metaanaliza zespołu stresu pourazowego (PTSD) jako wynik dowolnej formy krzywdzenia dziecka.

W analizie stratyfikowanej wykazano, że wszystkie formy krzywdzenia dzieci były związane z zaburzeniami depresyjnymi w badaniach zarówno prospektywnych, jak i retrospektywnych. Co ciekawe, Baldwin, Reuben i Newbury (2019) wykazali słabą korelację między prospektywnymi i retrospektywnymi doniesieniami o krzywdzeniu dzieci, stwierdzając, że retrospektywne i prospektywne mierniki krzywdzenia w dzieciństwie identyfikują różne grupy osób, co może wpływać na ich ścieżki ryzyka chorób psychicznych w późniejszym życiu. Dlatego w przyszłych pracach ważne jest rozważenie typu pomiaru krzywdzenia w dzieciństwie, ponieważ może to wpłynąć na wyniki skojarzenia z zaburzeniami psychicznymi.

Nasze ustalenia wspierają włączenie wszystkich form krzywdzenia dzieci jako czynników ryzyka do GBD. Uznając wszystkie formy krzywdzenia dzieci za czynniki ryzyka MDD i zaburzeń lękowych w GBD, można uzasadnić wdrożenie strategii przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci jako globalnej kwestii zdrowia publicznego. Ponadto ustanowiono priorytet włączenia większej liczby form przemocy w dzieciństwie w GBD. Na przykład w GBD 2017 po raz pierwszy uwzględniono przemoc rówieśniczą jako czynnik ryzyka zaburzeń lękowych (Stanaway i in., 2018). Obecnie 71% ze wszystkich państw ma plan działania w sprawie przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci, jednak tylko 41% przeprowadziło krajowe badania dotyczące skali problemu (WHO, 2014). W badaniu ONZ dotyczącym przemocy wobec dzieci zauważono potrzebę opracowania przyjaznych i dostępnych dla dzieci systemów zgłaszania oraz wdrożenia systematycznych krajowych działań w zakresie gromadzenia danych i badań (Pinheiro, 2002). W Australii kluczową rekomendacją Królewskiej Komisji ds. Reakcji Instytucjonalnych na Wykorzystywanie Seksualne Dzieci było regularne przeprowadzanie krajowych badań skali krzywdzenia dzieci w instytucjach i poza nimi (Australian Government, 2014). Dokładne dane na temat skali i negatywnych skutków mają kluczowe znaczenie przy tworzeniu polityki zapobiegania i radzenia sobie z problemem krzywdzenia dzieci. Uwzględniając wszystkie formy krzywdzenia dzieci w GBD, decydenci będą mogli lepiej uzasadnić inwestycje w ukierunkowane strategie, które dotyczą pełnego spektrum problemu krzywdzenia dzieci. Podkreśliłoby to również potrzebę dokładniejszych i aktualnych danych o skali, zwłaszcza w przypadku LMIC. W związku z tym włączenie to nie tylko wesprze cele SDG ONZ dotyczące położenia kresu przemocy wobec dzieci (United Nations General Assembly, 2015), ale także zmniejszy obciążenie następstwami zaburzeń depresyjnych i lękowych na całym świecie.

Istnieją znaczące ograniczenia w istniejących danych, które można zmniejszyć poprzez włączenie wszystkich form krzywdzenia dzieci do GBD, w szczególności dostępność i niejednorodność danych. W niniejszym przeglądzie uwzględniono

mniej badań niż wstępnie zakładano, opierając się na piśmiennictwie na ten temat. Prawdopodobną przyczyną było wybieranie wyłącznie badań wykorzystujących szacunki na poziomie populacji.

Takie było zamierzenie, aby można było dokonać uogólnień związanych z włączeniem dodatkowych czynników ryzyka do GBD – badania, które wykorzystuje jedynie szacunki na poziomie populacji do modelowania obciążenia chorobami. Heterogeniczność tego typu danych jest powszechna, ponieważ trudno uwzględnić wszystkie czynniki moderujące, mediujące oraz zakłócające. Na przykład w naszej analizie heterogeniczność była wyższa w przypadku analiz, w których szacunki nie zostały skorygowane pod względem innych form krzywdzenia dzieci w porównaniu z szacunkami, które zostały o nie skorygowane. Doświadczanie wielu rodzajów krzywdzenia dzieci zwiększa ryzyko zaburzeń depresyjnych w większym stopniu niż doświadczanie jednej ich formy (Moore i in., 2015). Współwystępowanie różnych form krzywdzenia prawdopodobnie wpływa na niezależne powiązania poszczególnych form z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Moore i in. (2015) ustalili, że narażenie na trzy rodzaje krzywdzenia prawie podwoiło ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych w porównaniu z narażeniem na jedną formę. Podobnie Debowska, Willmott, Boduszek i Jones (2017) znaleźli związek „dawka–odpowiedź”, w którym osoby, które doświadczyły wielu form krzywdzenia dzieci, miały największe problemy inter- i eksternalizacyjne. Berzenski i Yates (2011) stwierdzili jednak, że różne kombinacje współwystępowania krzywdzenia dzieci miały swoisty niekorzystny wpływ na wyniki zdrowotne. Na przykład osoby, które doświadczyły przemocy emocjonalnej w połączeniu z innymi formami krzywdzenia, cechowały się znacznie większym nasileniem objawów psychicznych (w tym depresję i niepokój) niż jakakolwiek inna grupa pojedynczego lub wielokrotnego krzywdzenia, która nie obejmowała przemocy emocjonalnej (Berzenski i Yates, 2011). Chociaż w obecnym badaniu nie było możliwe bezpośrednie oszacowanie współwystępowania różnych form krzywdzenia dzieci, nasze wyniki dostarczają wstępnych dowodów sugerujących, że współwystępowanie krzywdzenia może wpływać na związki z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Konieczne są dalsze analizy w celu zbadania unikalnej zależności różnych form krzywdzenia dzieci, jak i ich wpływu na ich związek z depresyjnymi zaburzeniami lękowymi.

Drugim ograniczeniem w tym badaniu była zmienność definicji form krzywdzenia dzieci (Norman i in., 2012; Pinheiro, 2002). W ostatnich latach starano się rozwiązać ten problem. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała międzynarodowy kwestionariusz *Adverse Childhood Experiences* (ACE-IQ) w celu oceny ilościowej

niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, w tym krzywdzenia dzieci, w różnych lokalizacjach geograficznych i kulturowych przy użyciu spójnej metodologii (WHO, 2011). Wstępna walidacja w Nigerii wykazała istotne korelacje między ACE-IQ a kwestionariuszem traumy dziecięcej CTQ (Kaszeem, 2015), chociaż konieczna jest dalsza walidacja, aby potwierdzić te wyniki w innych narodach i kulturach. Chociaż w naszym badaniu uwzględniono tylko artykuły wykorzystujące zaakceptowane definicje maltretowania dzieci, różnice w definicjach należy nadal brać pod uwagę przy interpretacji wyników.

Wreszcie na nasze wyniki mogły wpływać ograniczenia związane z różnicami w podejściu do pomiaru zaburzeń depresyjnych. Skale objawów mogą wychwycić zarówno kliniczne, jak i podprogowe przypadki zaburzeń depresyjnych i lękowych, potencjalnie zwiększając związek (Gotlib, Lewinsohn, Seeley, 1995). Chociaż narzędzia diagnostyczne, takie jak CIDI, są uważane za złoty standard w diagnozowaniu zaburzeń depresyjnych i lękowych (Ferrari i in., 2012), nasze wyniki wykazały znaczący związek między krzywdzeniem dzieci a zaburzeniami depresyjnymi przy użyciu narzędzi diagnostycznych i skal objawów. W związku z tym stosowanie zwalidowanych skal symptomów może pomóc w wyeliminowaniu luk w danych w LMIC, w przypadku których koszty związane z narzędziami diagnostycznymi sprawiają, że ich użycie jest nieopłacalne w tych ustawieniach.

Wyniki niniejszego badania pokazują, że wszystkie formy krzywdzenia dzieci są istotnie związane pierwszeństwem depresji we włączaniu pozostałych form krzywdzenia w dzieciństwie tak, aby lepiej zrozumieć obciążenie spowodowane przez inne czynniki ryzyka. Wyniki tego systematycznego przeglądu i metaanalizy sugerują, że wszystkie formy krzywdzenia dzieci, nie tylko wykorzystywanie seksualne, powinny zostać uwzględnione w kolejnych edycjach GBD. Poprawi to zdolność do wpływania na polityki i praktyki zapobiegające krzywdzeniu dzieci na całym świecie. Potrzebne są dalsze badania wykorzystujące spójne definicje i miary, ze szczególnym uwzględnieniem przemocy emocjonalnej, zaniedbania i bycia świadkiem przemocy domowej. Zwalczając krzywdzenie dzieci, można zmniejszyć późniejsze obciążenie chorobami związanymi z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi oraz poczynić postępy w kierunku osiągnięcia Celu Zrównowazanego Rozwoju 16.2 – zakończenie przemocy wobec dzieci na całym świecie.

WSPARCIE FINANSOWE

Badanie to nie otrzymało żadnej konkretnej dotacji od żadnej agencji finansującej, sektora komercyjnego ani non-profit. MJG, HEE i HJT są stowarzyszone

z Queensland Center for Mental Health Research, które otrzymuje podstawowe fundusze z Queensland Health (Queensland Department of Health). HEE jest beneficjentem stypendium Early Career Fellowship (APP1137969) NHMRC. Te agencje finansujące nie brały udziału w tym badaniu. Wszyscy autorzy deklarują brak potencjalnych konfliktów interesów, finansowych ani innych związanych z przeszłą pracą lub jej publikacją.

DEKLARACJA KONKURUJĄCYCH INTERESÓW

Brak.

PODZIĘKOWANIE

Chcielibyśmy podziękować Anie Marii Mantilla-Herrerze i Phoebe Huo za ich wkład w tłumaczenie badań do tego systematycznego przeglądu. Dziękujemy także Scottowi Macintyre'owi, bibliotekarzowi ds. badań w School of Public Health Research na Uniwersytecie w Queensland, za pomoc w opracowaniu strategii wyszukiwania. Dziękujemy dr Alize Ferrari i dr. Ryanowi Millsowi za opinie na temat wcześniejszych wersji tego manuskryptu.

Dodatek A. Dane uzupełniające

Dodatkowe materiały związane z tym artykułem można znaleźć w wersji online pod adresem: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>.

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect* 96 (2019) 104082
© 2019 Elsevier Ltd.

Tłumaczenie: Joanna Włodarczyk.

BIBLIOGRAFIA

- Afifi, M. (2006). Depression in adolescents: Gender differences in Oman and Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(1–2), 61–71.
- Afifi, M., Al Riyami, A., Morsi, M., Al Kharusil, H. (2006). Depressive symptoms among high school adolescents in Oman. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(Suppl. 2), S126–S137.

- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.009>.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1093–1103. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.006>.
- Afifi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L., Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: Results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*, 130(2), 184–192. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2947>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) (4th text revision ed.)*. Waszyngton, DC: American Psychiatric Association.
- Armour, C., Mullerova, J., Fletcher, S., Lagdon, S., Burns, C. R., Robinson, M., ... Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 383–393. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1154-7>.
- Australian Government. (2014). *Final report - recommendations*. Pobrane z: https://www.childabuseroyalcommission.gov.au/sites/default/files/final_report_-_recommendations.pdf.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V. (2008). Depressive symptoms during adolescence: a study on psychosocial factors in a sample of teenage students in a city in Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saude Publica*, 24(10), 2334–2346.
- Baldwin, E., Reuben, A., Newbury, J. B. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment. *JAMA Psychiatry*, E1–E10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>.
- Baxter, A. J., Vos Scott, K. M., Ferrari, A. J., Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 44, 2363–2374. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003243>.
- Benjet, C., Borges, G., Mendez, E., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(9), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0199-8>.
- Berzenski, S. R., Yates, T. M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: A person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1077559511428353>.

- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety*, 31(9), 756–764. <https://doi.org/10.1002/da.22247>.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 693–701. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.10.004>.
- Bromet, E., Sonnega, A., Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353–361.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., Smiles, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490–1496. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>.
- Carr, A., Duff, H., Craddock, F. (2018). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334> [Epub ahead of print].
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>.
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., Choi, B. Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 359–372. <https://doi.org/10.1017/s1041610216001800>.
- Chou, K.-L. (2012). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: Evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(11), e1365–e1371. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07946>.
- Clark, D. B., De Bellis, M. D., Lynch, K. G., Cornelius, J. R., Martin, C. S. (2003). Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: Onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 51–60.
- Cohen, P., Brown, J., Smale, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Developmental Psychopathology*, 13(4), 981–999.
- Coles, J., Lee, A., Taft, A., Mazza, D., Loxton, D. (2015). Childhood sexual abuse and its association with adult physical and mental health: Results from a national

- cohort of young Australian women. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(11), 1929–1944. <https://doi.org/10.1177/0886260514555270>.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713–721.
- Debowska, A., Willmott, D., Boduszek, D., Jones, A. D. (2017). What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse & Neglect*, 70, 100–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.014>.
- Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., ... Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A cotwin-control study. *Psychological Medicine*, 30(1), 41–52.
- Duncan, R. D., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. F., Resnick, H. S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 437–448.
- Dunn, E. C., Gilman, S. E., Willett, J. B., Slopen, N. B., Molnar, B. E. (2012). The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent onset major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(5), 392–399. <https://doi.org/10.1002/da.21916>.
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety*, 30(10), 955–964. <https://doi.org/10.1002/da.22102>.
- EpiGear (2016). *MetaXL: Version 5.3*. Pobrane z: https://www.epigear.com/index_files/metaxl.html.
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C. K., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., ... Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841–850.
- Feldman, B. J., Conger, R. D., Burzette, R. G. (2004). Traumatic events, psychiatric disorders, and pathways of risk and resilience during the transition to adulthood. *Research in Human Development*, 1(4), 259–290. https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0104_3.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365–1374. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024>.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., ... Whiteford, H. A. (2012). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471–481. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>.
- Fujiwara, T., Kawakami, N. (2011). Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002–2004. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 481–487. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.002>.
- Gal, G., Levav, I., & Gross, R. (2011). Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: Results from the Israel-based World Mental Health Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 222–229. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c7543>.
- Gallo, E. A. G., De Mola, C. L., Wehrmeister, F., Goncalves, H., Kieling, C., Murray, J. (2017). Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 217, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>.
- Ghassemi, G. R., Sadeghi, S., Asadollahi, G. A., Yousefy, A. R., Mallik, S. (2010). Early experiences of abuse and current depressive disorders in Iranian women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(5), 498–504.
- Gibb, B. E., Alloy, L. B. (2006). A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: the Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(2), 264–274. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_10.

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
- Goldney, R. D., Dal Grande, E., Taylor, A. (2009). Population-attributable risk of childhood sexual abuse for symptoms of depression and suicidal ideation in adulthood. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 285–291. <https://doi.org/10.3109/13651500902947336>.
- Gonzalez, A., Boyle, M. H., Kyu, H. H., Georgiades, K., Duncan, L., MacMillan, H. L. (2012). Childhood and family influences on depression, chronic physical conditions, and their comorbidity: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(11), 1475–1482. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.004>.
- Goodwin, R. D., Wamboldt, M. Z., Pine, D. S. (2003). Lung disease and internalizing disorders: Is childhood abuse a shared etiologic factor? *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 215–219. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00497-X).
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 90–100. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.90>.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>.
- Groeneveld, L. P., Giovannoni, J. M. (1977). Disposition of child abuse and neglect cases. *Social Work Research & Abstracts*, 13(2), 24–30. <https://doi.org/10.1093/swra/13.2.24>.
- Hanson, R. F., Bortrager, C., Self-Brown, S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Resnick, H. S., ... Amstadter, A. (2008). Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 313–321. <https://doi.org/10.1037/a0014056>.
- Hanson, R. F., Saunders, B., Kilpatrick, D., Resnick, H., Crouch, J. A., Duncan, R. (2001). Impact of childhood rape and aggravated assault on adult mental health. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 108–119.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327(7414), 557–560.
- Holmberg, L. I., Hellberg, D. (2010). Sexually abused children. Characterization

- of these girls when adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(2), 291–300. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2010.22.2.291>.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Spinhoven, P., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. (2015). Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(7), 931–938. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09135>.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>.
- Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., ... Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>.
- Hussey, J. M., Chang, J. J., Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933–942. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2452>.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. N., Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 833–841. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.05.002>.
- Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., ... Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 41(4), 709–719. <https://doi.org/10.1017/S003329171000111X>.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. L., ... Labruna, V. E. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 155(7), 954–959. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.954>.
- Kaszeem, O. T. (2015). A validation of the adverse childhood experiences scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 11(5), 18–24.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953–959.

- Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A., ... Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: Critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 42. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00042>.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692–700.
- Kim, H. S., Kim, H. S. (2005). Incestuous experience among Korean adolescents: Prevalence, family problems, perceived family dynamics, and psychological characteristics. *Public Health Nursing*, 22(6), 472–482. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220604.x>.
- Kinyanda, E., Kizza, R., Abbo, C., Ndyababangi, S., Levin, J. (2013). Prevalence and risk factors of depression in childhood and adolescence as seen in 4 districts of north-eastern Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 13(19), <https://doi.org/10.1186/1472-698X-13-19>.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *British Journal of Psychology*, 213, 698–703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>.
- Klein, D. N., Glenn, C. R., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Rohde, P., Lewinsohn, P. M. (2013). Predictors of first lifetime onset of major depressive disorder in young adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 1–6. <https://doi.org/10.1037/a0029567>.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva.
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., et al. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3).
- Lawson, R. (2004). Small sample confidence intervals for the odds ratio. *Communications in Statistics – Simulation and Computation*, 33(4), 1095–1113. <https://doi.org/10.1081/SAC-200040691>.

- Lee, R. D., Chen, J. (2017). Adverse childhood experiences, mental health, and excessive alcohol use: Examination of race/ethnicity and sex differences. *Child Abuse & Neglect*, 69, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.004>.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00165-0).
- Leviton, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T., Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Depression and Anxiety*, 17(1), 34–42. <https://doi.org/10.1002/da.10077>.
- Li, N., Ahmed, S., Zabin, L. S. (2012). Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *Journal of Adolescent Health*, 50(3 Suppl), S45–S51. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.003>.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., Weiskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359–372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878–1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>.
- Mansbach-Kleinfeld, I., Ifrah, A., Apter, A., Farbstein, I. (2015). Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: Social and health related correlates. *Child Abuse & Neglect*, 1, 68–80. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.014>.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., ... Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(3), 441–452. <https://doi.org/10.1017/s0033291706009640>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1006–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>.

- Molnar, B. E., Buka, S. L., Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753–760.
- Moore, S. E., Scott, J. G., Ferrari, A. J., Mills, R., Dunne, M. P., Erskine, H. E., ... Norman, R. E. (2015). Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse & Neglect*, 48, 208–220. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.006>.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 721–732.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7–21.
- Musliner, K. L., Singer, J. B. (2014). Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1331–1340. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.016>.
- Nada-Raja, S., Skegg, K. (2011). Victimization, posttraumatic stress disorder symptomatology, and later nonsuicidal self-harm in a birth cohort. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3667–3681. <https://doi.org/10.1177/0886260511403757>.
- Nasreen, H. E., Alam, M. A., Edhborg, M. (2016). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among disadvantaged adolescents: Results from a population-based study in Bangladesh. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), 135–144. <https://doi.org/10.1111/jcap.12150>.
- Nduna, M., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., Jama Shai, N. P., Colman, I. (2013). Prevalence and factors associated with depressive symptoms among young women and men in the Eastern Cape Province, South Africa. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 25(1), 43–54. <https://doi.org/10.2989/17280583.2012.731410>.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139–145.
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doeblner, P., Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 210(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>.
- Nikulina, V., Widom, C. S., Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in

- adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 48(3–4), 309–321. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9385-y>.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
- Oladeji, B. D., Morakinyo, J. J., Gureje, O. (2011). Traumatic events and post-traumatic stress symptoms among adolescents in Ibadan. *African Journal of Medical and Health Sciences*, 40(1), 23–31.
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Lopez-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: Results from a survey. *Salud Publica de Mexico*, 50(Suppl. 1), S29–37.
- Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T. E., Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: A longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and Anxiety*, 32(5), 316–324. <https://doi.org/10.1002/da.22347>.
- Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J., Seguin, M. (2017). Childhood maltreatment and mental health problems in adulthood: A national study of women in Quebec. *Sante Mentale au Quebec*, 42(1), 43–63.
- Paradis, A. D., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Beardslee, W. R., Ward, K., Fitzmaurice, G. M. (2009). Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: findings from the Simmons longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 290–298. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181948fdd>.
- Perales, J., Olaya, B., Fernandez, A., Alonso, J., Vilagut, G., Forero, C. G., ... Haro, J. M. (2013). Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Spain: Results from the ESEMeD project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 371–384. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0550-5>.
- Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., Maughan, B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: The Isle of Wight study. *Psychological Medicine*, 40(9), 1453–1466. <https://doi.org/10.1017/s0033291709991905>.
- Pinheiro, P. S. (2002). World report on violence against children Retrieved from New York:
- Pirdehghan, A., Vakili, M., Rajabzadeh, Y., Puyandehpour, M., Aghakoochak, A. (2016). Child abuse and mental disorders in Iranian adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics*, 26(2), e3839. <https://doi.org/10.5812/ijp.3839>.

- Raheel, H. (2015). Depression and associated factors among adolescent females in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, a cross-sectional study. *International Journal of Preventative Medicine*, 6(1), 90. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.165156>.
- Raposo, S. M., Mackenzie, C. S., Henriksen, C. A., Afifi, T. O. (2014). Time does not heal all wounds: Older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1241–1250. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.009>.
- Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2141–2147. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2141>.
- Remigio-Baker, R. A., Hayes, D. K., Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse childhood events and current depressive symptoms among women in Hawaii: 2010 BRFSS, Hawaii. *Matern and Child Health Journal*, 18(10), 2300–2308. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1374-y>.
- Ritchie, K., Jausent, I., Stewart, R., Dupuy, A. M., Courtet, P., Ancelin, M. L., ... Malafosse, A. (2009). Association of adverse childhood environment and 5-HTTLPR Genotype with late-life depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1281–1288. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04510>.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernandez, P., Perez-Amezcuca, B., Leyva-Lopez, A., Castro, F. (2015). [Individual and family factors associated with depressive symptomatology in adolescents from public schools of Mexico]. *Salud Publica de Mexico*, 57(3), 219–226.
- Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., ... Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 878–887. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.11.004>.
- Rose, D., Abramson, L. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive styles: Research and theory. W: D. Cicchetti, S. Toth (red.), *Rochester symposium of developmental psychopathology: Vol. IV* (s. 323–349). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Roustit, C., Renahy, E., Guernec, G., Lesieur, S., Parizot, I., Chauvin, P. (2009). Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: Advocacy for early prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 563–568. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077750>.

- Rubino, I. A., Nanni, R. C., Pozzi, D. M., Siracusano, A. (2009). Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(1), 65–68. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181925342>.
- Schulz, A., Becker, M., Van der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., ... Grabe, H. J. (2014). The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008>.
- Scott, K. D. (1992). Childhood sexual abuse: Impact on a community's mental health status. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 285–295.
- Scott, K. M., McLaughlin, K. A., Smith, D. A., Ellis, P. M. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *The British Journal of Psychiatry*, 200(6), 469–475. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103267>.
- Scott, K. M., Smith, D. R., Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 712–719. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.71>.
- Sedgwick, P., Marston, L. (2015). How to read a funnel plot in a meta-analysis. *British Medical Journal*, 351, 1–3.
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Costello, E. J., Angold, A. (2011). Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: Differential risk factors in development? *Psychological Medicine*, 41(11), 2265–2274. <https://doi.org/10.1017/s00332917111000675>.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 709–723.
- Slopen, N., Williams, D. R., Seedat, S., Moomal, H., Herman, A., Stein, D. J. (2010). Adversities in childhood and adult psychopathology in the South Africa Stress and Health Study: Associations with first-onset DSM-IV disorders. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1847–1854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.015>.
- Sonnby, K., Aslund, C., Leppert, J., Nilsson, K. W. (2011). Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: Co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 315–322. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.545894>.

- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 416–421.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517–530. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>.
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., et al. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6).
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., ... Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275–277. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.275>.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>.
- Straus, M. A., Kantor, G. K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29(115), 543–561.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T., Ballenger, J. C., Lydiard, R. B. (1990). Early family experiences of women with bulimia and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(1), 43–52.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 384–392. <https://doi.org/10.1002/jts.21719>.
- Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 227–229.
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>.

- The Cochrane Collaboration (2011). 9.2.2.2 *Measures of relative effect: The risk ratio and odds ratio*. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Pobrane z: http://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_9/9_2_2_2_measures_of_relative_effect_the_risk_ratio_and_odds.htm.
- Turner, S., Taillieu, T., Cheung, K., Afifi, T. O. (2017). The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse & Neglect*, 66, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.018>.
- United Nations General Assembly (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. Genewa.
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *Journal of Affective Disorders*, 72(1), 33–44.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223–1229. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1223>.
- Widom, C. S., Czaja, S., Wilson, H. W., Allwood, M., Chauhan, P. (2013). Do the long-term consequences of neglect differ for children of different races and ethnic backgrounds? *Child Maltreatment*, 18(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/1077559512460728>.
- Widom, C. S., DuMont, K., Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49–56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.49>.
- Wise, L. A., Zierler, S., Krieger, N., Harlow, B. L. (2001). Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: A case-control study. *Lancet*, 358(9285), 881–887. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)06072-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)06072-x).
- World Health Organisation (1993a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Genewa: World Health Organisation.
- World Health Organisation (1993b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Genewa: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2011). *Adverse childhood experiences international questionnaire: Pilot study review and finalization meeting*. Pobrane z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2011.pdf.
- World Health Organisation (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Pobrane z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/.

- World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organisation.
- Yen, C. F., Yang, M. S., Chen, C. C., Yang, M. J., Su, Y. C., Wang, M. H., ... Lan, C. M. (2008). Effects of childhood physical abuse on depression, problem drinking and perceived poor health status in adolescents living in rural Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 575–583. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01836.x>.
- Young, R., Lennie, S., Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 889–897. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x>.

THE ASSOCIATION BETWEEN FIVE FORMS OF CHILD MALTREATMENT AND DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Background: Child maltreatment is a global public health issue that encompasses physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, neglect, and exposure to intimate partner violence (IPV). This systematic review and meta-analysis summarises the association between these five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders.

Methods: Published cohort and case-control studies were included if they reported associations between any form of child maltreatment (and/or a combination of), and depressive and anxiety disorders. A total of 604 studies were assessed for eligibility, 106 met inclusion criteria, and 96 were included in meta-analyses. The data were pooled in random effects meta-analyses, giving odds ratios (ORs) with corresponding 95% confidence intervals (CIs) for each form of child maltreatment.

Results: All forms of child maltreatment were associated with depressive disorders (any child maltreatment [OR = 2.48, 2.14–2.87]; sexual abuse [OR = 2.11, 1.83–2.44]; physical abuse [OR = 1.78, 1.57–2.01]; emotional abuse [OR = 2.35, 1.74–3.18]; neglect [OR = 1.65, 1.35–2.02]; and exposure to IPV [OR = 1.68, 1.34–2.10]). Several forms of child maltreatment were significantly associated with anxiety disorders ('any child maltreatment' [OR = 1.68, 1.33–2.4]; sexual abuse [OR = 1.90, 1.6–2.25]; physical abuse [OR = 1.56, 1.39–1.76]; and neglect [OR = 1.34, 1.09–1.65]). Significant associations were also found between several forms of child maltreatment and post-traumatic stress disorder (PTSD).

Conclusions: There is a robust association between five forms of child maltreatment and the development of mental disorders. The Global Burden of Disease Study (GBD)

includes only sexual abuse as a risk factor for depressive and anxiety disorders. These findings support the inclusion of additional forms of child maltreatment as risk factors in GBD.

KEYWORDS:

CHILD MALTREATMENT, CHILD ABUSE, DEPRESSIVE DISORDERS, ANXIETY DISORDERS, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, OUTCOMES

Cytowanie:

Gardner, M. J., Thomas, H. J., Erskine, H. E. (2019). Związek między pięcioma formami krzywdzenia dzieci a zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(3), 117–156.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.mis.gov.pl

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości