



## **Börn sem búa við heimilisofbeldi á Íslandi:**

Mat á sameiginlegum þáttum, hegðun og sálfélagslegri líðan barna sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili.

Lucinda Árnadóttir

**Lokaverkefni til MS-gráðu  
Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**

**Börn sem búa við heimilisofbeldi á Íslandi:  
*Mat á sameiginlegum þáttum, hegðun og sálfélagslegri líðan barna sem  
hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á  
heimili.***

Lucinda Árnadóttir

Lokaverkefni til MS-gráðu í sálfræði  
Leiðbeinandi: Urður Njarðvík

Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands  
Febrúar 2014

Ritgerð þessi er lokaverkefni til MS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Lucinda Árnadóttir 2014

Prentun: Háskólaprent  
Staður, Ísland 2014

## **Þakkarorð**

Ég þakka öllum þátttakendum rannsóknarinnar fyrir að taka þátt í rannsókninni og Barnaverndarstofu fyrir ánægjulegt samstarf. Sérstakar þakkir fær leiðbeinandi minn Dr. Urður Njarðvík fyrir ómetanlega leiðsögn, ráðgjöf, stuðning og hvatningu við framkvæmd rannsóknarinnar og skrif ritgerðarinnar. Ég vil líka þakka eiginmanni mínum, foreldrum og tengdamóður fyrir þann ómælda stuðning og hvatningu sem þau hafa veitt mér í gegnum námið.

## Útdráttur

Börn sem búa við heimilisofbeldi geta hlotið af því margvíslegan skaða. Lítið er vitað um eðli og afleiðingar heimilisofbeldis á börn á Íslandi. Markmið þessarar rannsóknar var að meta sameiginlega þætti, hegðun og sálfélagslega líðan hjá börnum sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili sínu. Þátttakendur í rannsókninni voru 28 börn sem tóku þátt í hópmeðferð fyrir börn sem hafa orðið fyrir ofbeldi á heimili og/eða orðið vitni að ofbeldi á heimili og forráðamenn þeirra og nær úrtakið til 85% þeirra barna sem tóku þátt í hópmeðferðinni yfir tveggja ára skeið. Matið fól í sér greiningu á niðurstöðum ítarlegs hálfstaðlaðs inntökuvíðtals sem tekið var við forráðamenn barnanna og niðurstöðum MASC og CDI sem meta einkenni kvíða og þunglyndis, sem börnin svöruðu. Niðurstöður sýndu að hátt hlutfall þátttakenda átti við ýmsan sálfélagslegan vanda að stríða, 30% þátttakenda sem svöruðu kvíðakvarðanum MASC voru með einkenni kvíða yfir klínískum mörkum og 20% voru yfir klínískum mörkum á CDI kvarðanum. Einkenni kvíða og þunglyndis meðal þátttakenda voru algengari í samanburði við börn sem ekki hafa búið við ofbeldi á heimili. Ekki var marktækur munur á einkennum kvíða og þunglyndis hjá þátttakendum sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og þeim sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili. Niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir og undirstrika alvarleika áhrifa heimilisofbeldis á börn sem við það búa hvort sem ofbeldinu er beint að þeim sjálfum eða ekki.

## **Abstract**

Children who live with domestic violence can suffer many harmful consequences. Little is known about the nature and consequences of domestic violence on children in Iceland. The aim of this study was to evaluate common factors, behavior and psychosocial wellbeing of children who have witnessed and/or suffered psychological and/or physical abuse in their homes. Participants in the study were 28 children who took part in a grouptherapy for children who have suffered violence in their homes and/or witnessed violence in their homes, and their guardians. The study's sample consisted of 85% of all the children who took part in the grouptherapy over a two year period. The evaluation involved an analysis of the results of a thorough half-standardized admission interview that the children's guardians answered and of the results of standardized assessment scales MASC and CDI that assess symptoms of anxiety and depression, that the children answered themselves. Results showed that a high percentage of participants had various psychosocial problems, 30% of participants who answered the MASC anxiety scale had clinically significant symptoms of anxiety and 20% showed clinically significant symptoms of depression on the CDI scale. Symptoms of anxiety and depression among participants were more common in comparison to children who have not lived with domestic violence. There was not a significant difference in symptoms of anxiety and depression with participants who had witnessed physical violence in their home and those who had themselves been physically abused in their home. Results are consistent with foreign studies and underline the seriousness of the effects of domestic violence on children who live with it whether the violence is directed at themselves or not.

## Efnisyfirlit

Pakkarorð .....	4
Útdráttur .....	5
Abstract .....	6
Yfirlit yfir töflur .....	10
Yfirlit yfir myndir .....	11
Ótal rannsóknir sýna að börn .....	12
Réttindi barna á vernd gegn ofbeldi .....	12
Börn sem búa við heimilisofbeldi .....	15
Ofbeldi gegn börnum .....	16
<i>Flokkun og skilgreiningar</i> .....	16
<i>Tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi</i> .....	18
<i>Tíðni</i> .....	22
<i>Áhættuþættir</i> .....	26
<i>Sálfélagslegar afleiðingar</i> .....	28
Próun geðraskana hjá börnum sem hafa búið við ofbeldi á heimili .....	32
<i>Flokkun geðraskana</i> .....	32
Áfallastreituröskun .....	33
<i>Greiningarskilmerki og einkenni</i> .....	33
<i>Tíðni</i> .....	36
<i>Áhættuþættir og fylgikvillar</i> .....	38
<i>Börn sem búa við ofbeldi á heimili og ÁSR</i> .....	40
Kvíði .....	43
<i>Flokkun kvíðaraskana og einkenni</i> .....	43
<i>Tíðni</i> .....	45
<i>Áhættuþættir og fylgikvillar</i> .....	46
<i>Börn sem búa við ofbeldi á heimili og kvíði</i> .....	48
Þunglyndi .....	50
<i>Greiningarskilmerki og einkenni</i> .....	50
<i>Tíðni</i> .....	52
<i>Áhættuþættir og fylgikvillar</i> .....	52
<i>Börn sem búa við ofbeldi á heimili og þunglyndi</i> .....	54
Samantekt .....	55
Markmið rannsókna .....	59

Aðferð .....	60
<i>Þátttakendur</i> .....	60
<i>Mælitæki</i> .....	60
<i>MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children)</i> .....	61
<i>CDI (Children 's Depression Inventory)</i> .....	62
<i>Framkvæmd</i> .....	63
<i>Tölfræðileg úrvinnsla</i> .....	63
Niðurstöður .....	65
<i>Bakgrunnsupplýsingar forráðamanna</i> .....	65
<i>Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda</i> .....	66
<i>Ofbeldisreynsla</i> .....	68
<i>Alvarleiki ofbeldis</i> .....	71
<i>Gerendur</i> .....	73
<i>Áfengis og/eða vímuefnamisnotkun á heimili</i> .....	75
<i>Líðan í skóla</i> .....	76
<i>Einelti</i> .....	77
<i>Geðraskanir og annar vandi</i> .....	78
<i>Sjálfsvígshugsanir</i> .....	80
<i>Kvíði - MASC</i> .....	81
<i>Þunglyndi - CDI</i> .....	86
<i>Sjálfsvígshugsanir - CDI</i> .....	91
<i>Samsláttur kvíða og þunglyndis</i> .....	92
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir kyni</i> .....	94
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis</i> .....	94
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda</i> .....	95
Umræða .....	97
Mat á sameiginlegum þáttum .....	97
<i>Bakgrunnsupplýsingar forráðamanna</i> .....	97
<i>Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda</i> .....	97
<i>Ofbeldisreynsla þátttakenda</i> .....	99
<i>Alvarleiki ofbeldis</i> .....	99
<i>Gerendur</i> .....	100
<i>Áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili</i> .....	100
<i>Líðan í skóla</i> .....	101
<i>Einelti</i> .....	101



<i>Geðraskanir og annar vandi</i> .....	102
<i>Sjálfsvígshugsanir</i> .....	102
Mat á einkennum kvíða og þunglyndis .....	103
<i>Kvíði og þunglyndi</i> .....	103
<i>Sjálfsvígshugsanir - CDI</i> .....	105
<i>Samsláttur kvíða og þunglyndis</i> .....	106
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir kyni</i> .....	106
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis</i> .....	107
<i>Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda</i> .....	108
<i>Veikleikar rannsóknar</i> .....	109
<i>Styrkleikar rannsóknar</i> .....	109
<i>Lokaorð</i> .....	110
Heimildir .....	111

## Yfirlit yfir töflur

Tafla 1. Skilgreining samkvæmt SOF á tilfinningalegu/sálrænu ofbeldi gagnvart börnum.....	19
Tafla 2. Skilgreining samkvæmt SOF á líkamlegu ofbeldi gagnvart börnum.....	21
Tafla 3. Greiningarskilmerki áfallastreituröskunar samkvæmt DSM-IV-TR .....	35
Tafla 4. Yfirlit yfir kvíðaraskanir og helstu einkenni þeirra samkvæmt DSM-IV-TR.....	44
Tafla 5. Greiningarskilmerki alvarlegrar geðlægðar samkvæmt DSM-IV-TR .....	51
Tafla 6. Heildarfjöldi, tengsl, hjúskaparstaða, menntun og atvinnustig forráðamanna.....	66
Tafla 7. Lýsandi tölfræði fyrir þátttakendur, heildarfjöldi, kynjahlutfall og aldursdreifing. ....	67
Tafla 8. Lýsandi tölfræði fyrir þátttakendur, þjóðerni, búseta, heimilisfesti og fjöldi systkina. ....	68
Tafla 9. Fjöldi og hlutfall þátttakenda með geðraskanir og annan vanda .....	79
Tafla 10. Kynja- og aldurshlutfall þátttakenda sem svöruðu MASC .....	82
Tafla 11. Dreifing heildarskora (t-gildi) fyrir alla þátttakendur sem svöruðu MASC .....	82
Tafla 12. Kynja- og aldurshlutfall þátttakenda sem svöruðu CDI. ....	87
Tafla 13. Dreifing heildarskora (t-gildi) fyrir alla þátttakendur sem svöruðu CDI.....	87
Tafla 14. Svör þátttakenda á spurningu nr. 9 á CDI kvarðanum.....	92
Tafla 15. Samanburður á hlutfalli sjálfsvígshugsana samkvæmt sjálfsmati þátttakenda og frásagnar forráðamanna.....	92
Tafla 16. Meðalskor á MASC og CDI eftir kyni.....	94
Tafla 17. Meðalskor þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis.....	95
Tafla 18. Meðalskor þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda.....	96

## Yfirlit yfir myndir

Mynd 1. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili.....	69
Mynd 2. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi, annars konar sálrænu ofbeldi eða eingöngu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili. ....	70
Mynd 3. Hlutfall þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi sem höfðu; ekki orðið vitni að líkamlegu ofbeldi; einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi .....	71
Mynd 4. Hlutfall þátttakenda sem voru beittir líkamlegu ofbeldi sem hlutu af því sjáanlega líkamlega áverka, og hlutfall þeirra sem hlutu ekki af því sjáanlega áverka. ....	72
Mynd 5. Hlutfall þátttakenda sem voru vitni að líkamlegu ofbeldi þar sem þolandi þess hlaut af því sjáanlega líkamlega áverka, eða ekki. ....	73
Mynd 6. Flokkun og hlutfall gerenda ofbeldis eftir tengslum þeirra við þátttakendur. ....	74
Mynd 7. Hlutfall þátttakenda sem bjuggu á heimili með geranda ofbeldis, voru í umgengni við geranda eða bjuggu á heimili sem gerandi áreitti ennþá. ....	75
Mynd 8. Hlutfall þátttakenda sem höfðu búið við áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili sínu. ....	76
Mynd 9. Fjöldi þátttakenda sem líður mjög vel, vel, hlutlaust, illa og mjög illa í skóla samkvæmt mati forráðamanna. ....	77
Mynd 10. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir einelti. ....	78
Mynd 11. Hlutfall geðraskana og annars konar vanda hjá þátttakendum. ....	79
Mynd 12. Hlutfall þátttakenda sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum. ....	80
Mynd 13. Hlutfall sjálfsvígshugsana innan kynjahóps drengja og stúlkna. ....	81
Mynd 14. Hlutfall þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum þunglyndis t-gildi 65> á MASC kvarðanum.....	83
Mynd 15. Dreifing t-gilda þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk MASC kvarðans. ....	84
Mynd 16. Dreifing t-gilda allra þátttakenda á MASC kvarðanum. ....	85
Mynd 17. Dreifing t-gilda innan kynjahóps stúlkna og drengja á MASC kvarðanum.....	86
Mynd 18. Hlutfall þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum þunglyndis t-gildi 65> á CDI kvarðanum.....	88
Mynd 19. Dreifing t-gilda þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk CDI kvarðans. ....	89
Mynd 20. Dreifing t-gilda allra þátttakenda á CDI kvarðanum. ....	90
Mynd 21. Dreifing t-gilda innan kynjahóps stúlkna og drengja á CDI kvarðanum. ....	91
Mynd 22. Niðurstöður aðfallsgreiningar sem sýnir dreifingu raungilda (t-gildi á MASC) í samanburði við væntigildi (t-gildi á CDI).....	93

Ótal rannsóknir sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á að þróa með sér margskonar sálfélagsleg vandamál sem geta þróast út í alvarlegar geðraskanir eins og t.d. kvíða, þunglyndi og áfallastreituröskun sem geta verið langvinnar og fylgt fram á fullorðinsár (Øverlien, 2010; Kitzmann o.fl., 2003; Harold og Howarth, 2004). Undanfarinn rúman áratug hafa rannsóknir í auknum mæli beinst að þeim hópi barna sem verða vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili sínu en endurteknar rannsóknir sýna að börn geta hlotið af því engu minni skaða heldur en börn sem eru beitt líkamlegu ofbeldi á heimili (Evans, Davies og DiLillo, 2008; Holt, Buckley og Whelan, 2008). Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi á heimilisofbeldi og sérstaklega skortir rannsóknir sem snúa að börnum sem þolendum, en niðurstöður athugana gefa tilefni til að ætla að allt að 10 til 13% ungmenna á Íslandi hafi orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og/eða orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili (Rannsóknir og greining, 2006; UNICEF á Íslandi, 2013). Umfang vandans er því gríðarstórt sérstaklega í ljósi þeirra skaðlegu sálfélagslegu afleiðinga sem geta af því hlotist fyrir þolendur þess. Aðalmarkmið þessarar rannsóknar var að gera mat á sameiginlegum þáttum, hegðun og sálfélagslegri líðan barna sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili á Íslandi. Matið fól í sér greiningu á niðurstöðum ítarlegs hálfstaðlaðs inntökuviðtals sem tekið var við forráðamenn barnanna og niðurstöðum sálfræðilegra matskvarða sem meta einkenni kvíða og þunglyndis sem börnin svöruðu sjálf.

### **Réttindi barna á vernd gegn ofbeldi**

Umræðan um heimilisofbeldi og ofbeldi gegn börnum á heimilum á Íslandi hefur aukist til muna síðastliðinn áratug en lengi vel var ofbeldi gegn börnum ekki viðurkennt sem ofbeldi og ekki er langt síðan fyrst var fjallað um hugtökin á opinberum vettvangi. Í vandaðri úttekt frá árinu 2004 þar sem heimilisofbeldi gegn börnum er sett í sögulegt samhengi er fyrsta opinbera umræðan um heimilisofbeldi rakin til ársins 1979 þegar félagsráðgjafadeild Kleppsspítala stóð fyrir ráðstefnu um ofbeldi í einkalífi og ráðstefnuerindin voru birt í fagtímaritinu Geðvernd. Þar birtust erindi fagfólks um að full ástæða væri til að ætla að barnamispyrmingar væru jafn algengar á Íslandi eins og í öðrum löndum en fram að þeim tíma hafði því verið fleygt fram í ræðum og riti að heimilisofbeldi væri afar fátítt á Íslandi þar sem smæð og nánd samfélagsins gerði það

að verkum að slíkt ofbeldi gæti ekki þrífist. Uppúr því fór hugtakið heimilisofbeldi að festa sig í sessi í íslenskri umræðuhéð og því fylgdi aukin viðurkenning og vitund í samfélaginu á þeirri staðreynd að börn væru beitt ofbeldi á heimilum sínum (Jónína Einarsdóttir, Sesselja Th. Ólafsdóttir og Geir Gunnlaugsson, 2004).

Á níunda áratugnum voru síðan stigin mörg framfaraskref í átt að því að tryggja börnum á Íslandi sérstaka vernd gegn ofbeldi. Árið 1992 fullgilti Ísland samning Barnasáttmála sameinuðu þjóðanna sem er ætlað að tryggja öllum börnum upp að 18 ára aldri sérstaka vernd og umönnun og kveður á um að öll börn eigi rétt til verndar gegn hverskonar ofbeldi (Þórhildur Línadal, 2007). Sama ár voru Barnaverndarlög endurskoðuð og ýmsum ákvæðum breytt og bætt við til að bæta réttarstöðu barna (Lög um vernd barna og ungmenna nr. 58/1992). Þremur árum síðar var embætti Umboðsmanns barna stofnað eða þann 1. janúar 1995 sem er ætlað að vinna að bættum hag barna og gæta þess að tillit sé tekið til réttinda þeirra (Umboðsmaður barna, e.d.). Síðan þá hefur réttarstaða barna styrkst enn frekar. Þann 1. nóvember árið 2003 tóku ný Barnaverndarlög gildi þar sem líkamlegt og andlegt ofbeldi gegn börnum var bannað, löggin orðast svo:

„Ef þeir sem hafa barn í sinni umsjá misþyrma því andlega eða líkamlega, misþjóða því kynferðislega eða á annan hátt, vanrækja það andlega eða líkamlega þannig að lífi eða heilsu þess er hættu búin þá varðar það fangelsi allt að fimm árum nema þyngri refsing liggji við samkvæmt öðrum lögum.“ (Barnalög nr. 76/2003).

Sú lagasetning reyndist þó ekki fullnægjandi þegar á reyndi og því var barnaverndarlögum nr. 80/2002 breytt þann 16. apríl 2009 þannig að 2. mgr. 1. gr. laganna orðast svo:

„Allir sem hafa uppeldi og umönnun barna með höndum skulu sýna þeim virðingu og umhyggju og óheimilt er með öllu að beita börn ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi. Foreldrum ber að sýna börnum sínum umhyggju og nærfærni og gegna forsjár- og uppeldisskyldum við börn sín svo sem best hentar hag og þörfum þeirra. Þeim ber að búa börnum sínum viðunandi uppeldisaðstæður og gæta velfarnaðar þeirra í hvívetna.“ (Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum).

Einnig var gerð breyting á 1. mgr. 99. gr laganna sem orðast svo:

„Hver sem beitir barn andlegum eða líkamlegum refsingum, hótunum eða ógnunum eða sýnir af sér aðra vanvirðandi háttsemi gagnvart barni skal sæta sektum eða fangelsi allt að þremur árum.“ (Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum).

Með þessum breytingum var lagt skilyrðislaust bann við því samkvæmt íslenskum lögum og það gert refsivert að foreldrar eða aðrir sem bera ábyrgð á umönnun og uppeldi barns beiti það andlegu eða líkamlegu ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi. Þar með var réttarstaða barna sem beitt eru ofbeldi loks gerð fyllilega skýr samkvæmt lögum. Barnasáttmáli Sameinuðu þjóðanna var síðan lögfestur þann 20. febrúar árið 2013 og hefur því öðlast lagalegt gildi á Íslandi (Lög um samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (staðfesting barnasáttmála) nr. 19/2013). Íslenska ríkið hefur því skuldbundið sig til að vinna markvisst gegn hverskonar ofbeldi gagnvart börnum. Því til viðbótar verður að geta þeirra stóru réttarfarslegu úrbóta sem urðu fyrir þolendur heimilisofbeldis árið 2006 þegar samþykkt voru og lögfest refsipýngingarákvæði sem taka á heimilisofbeldi sérstaklega en þau eru svohljóðandi:

„Hafi verknaður beinst að karli, konu eða barni sem eru nákominn geranda, og tengsl þeirra þykja hafa aukið á grófleika verknaðarins, skal að jafnaði taka það til greina til þyngingar refsingunni.“ (Lög um breytingu á almennum hegningarlögum, nr. 19/1940 (heimilisofbeldi)).

Með setningu þessa refsipýngingarákvæðis var þannig viðurkennt og lögfest af Alþingi að það varðar þyngri refsingu að beita einhvern nákominn ofbeldi heldur en einhvern óskyldan.

Markmið barnaverndarlaga er að tryggja að börn sem búa við óviðunandi aðstæður eða stofna heilsu sinni og þroska í hættu fái nauðsynlega aðstoð og er það hlutverk barnaverndarnefnda hvers sveitarfélags að veita þá aðstoð. Öllum ber skylda til samkvæmt barnaverndarlögum nr. 80/2002 að tilkynna til barnaverndarnefnda ef til staðar er grunur um að barn búi við óviðunandi uppeldisaðstæður, verði fyrir áreitni eða ofbeldi eða stofni heilsu sinni og þroska í alvarlega hættu. Tilkynningaskylda þeirra

starfsstétta sem vegna stöðu sinnar og starfa hafa afskipti af málefnum barna eins og t.d. kennarar, sálfræðingar og þroskaþjálfar er sérstaklega tilgreind og gengur framur ákvæðum laga eða siðareglna um þagnarskyldu viðkomandi starfsstétta. Þegar tilkynning vegna barns berst til barnaverndarnefnda taka starfsmenn hennar ákvörðun um hvort rökstuddur grunur sé til að hefja könnun máls, en mál telst barnaverndarmál þegar tekin hefur verið formleg ákvörðun um að hefja könnun máls og er þá gerð athugun á aðbúnaði, hátterni og uppeldisskilyrðum barnsins og í kjölfarið tekin ákvörðun um hvort barnið þurfi á aðstoð að halda og þá sett fram áætlun um úrræði til handa barninu, eða ef málið er metið svo að barnið þurfi ekki á aðstoð að halda þá er málinu lokað (Barnaverndarlög nr.80/2002).

### **Börn sem búa við heimilisofbeldi**

Heimilisofbeldi er ofbeldisverknaður sem þrífst í skjóli friðhelgi heimilisins og réttarins til einkalífs og þolendur þess eru oftast konur og börn þeirra og gerendur oftast karlar (World Health Organization, 2013; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2012). Hugtakið heimilisofbeldi (*domestic violence*) hefur verið nefnt ýmsum nöfnum í erlendum og innlendum fræðiritum og skilgreint á ólíkan hátt sem flækir alla umræðu og samanburð rannsókna, þannig hafa m.a. hugtökin ofbeldi í nánum samböndum (*intimate partner violence*), ofbeldi milli tengdra aðila (*interpersonal violence*) og fjölskylduofbeldi (*family violence*) einnig verið notuð sem heiti yfir heimilisofbeldi (Holt, Buckley og Whelan, 2008).

Hér á landi er ekki að finna neina lagalega skilgreiningu á hugtakinu heimilisofbeldi en hugtakið hefur verið skilgreint með ýmsum hætti á ýmsum vettvangi. Í fræðilegri og opinberri umfjöllun um heimilisofbeldi á Íslandi er oft vísað til skilgreiningar Samtaka um kvennaathvarf sem er svohljóðandi „Heimilisofbeldi er þegar einn fjölskyldumeðlimur kúgar annan í skjóli friðhelgi heimilis og tilfinningalegrar-, félagslegrar- og fjárhagslegrar bindingar.“ (Ársskýrsla Samtaka um kvennaathvarf, 2011). Nákvæmari skilgreiningu á hugtakinu er að finna í verklagsreglum Ríkislögreglustjóra um meðferð og skráningu heimilisofbeldismála frá árinu 2005 en reglunum var ætlað að auka nákvæmni í skráningu heimilisofbeldismála hjá lögreglu. Verklagsreglurnar fela m.a. í sér eftirfarandi:

### 1. gr. Heimilisofbeldi - tengsl aðila.

„Forsenda fyrir skráningu máls í verkefnaflokkinn *heimilisofbeldi* er að gerandi og þolandi séu nákomnir þ.e. skyldir eða tengdir. Með geranda og þolanda er í reglum þessum átt við ætlaðan brotamann og ætlaðan brotþola. Til skyldra og tengdra í þessu sambandi teljast m.a. núverandi eða fyrrverandi maki, hvort sem um er að ræða hjón eða sambúðarfólk, börn, systkini og foreldrar eða forráðamenn.” (Ríkislögreglustjórinn, 2005).

### 3. gr. Vettvangur.

„Heimilisofbeldi samkvæmt 1. og 2. gr. eru brot framin innan veggja heimilis eða á öðrum stað þar sem skyldir og tengdir dvelja eða hittast fyrir.“ (Ríkislögreglustjórinn, 2005).

Í umfjöllun um heimilisofbeldi er einnig oft vísað til þess sem kynbundins ofbeldis til að leggja áherslu á þá tölfræðilegu staðreynd að oftast eru það karlar sem beita konur ofbeldi á heimilum, þó konur séu vissulega líka gerendur (Samtök um kvennaathvarf, 2011; WHO, 2013). Fjöldi annarra skilgreininga hafa verið lagðar fram en grundvallarhugmyndin er ávallt sú sama, heimilisofbeldi er ekki einstakur atburður heldur ferli eða viðvarandi ástand þar sem ofbeldi, sem getur haft ólíkar birtingarmyndir þ.e. andlegt, líkamlegt, kynferðislegt og/eða fjárhagslegt, er beitt í þeim tilgangi að kúga einstakling sem er tengdur gerandanum nánnum böndum, oftast konur og börn þeirra. Það sem gerir heimilisofbeldi svo skaðlegt börnum sem við það búa felst í orðinu sjálfu, börnin búa við ofbeldi á heimili sínu sem ætti að vera þeirra griðastaður, af hálfu nátengdra fjölskyldumeðlima oftast foreldra sinna, sem ættu að veita þeim öryggi og umhyggju en þess í stað eru þau uppspretta óöryggis og ótta í lífi barnsins (Mcintosh, 2002).

## **Ofbeldi gegn börnum**

### *Flokkun og skilgreiningar*

Skilgreiningar á ofbeldi gegn börnum eru mismunandi eftir samfélögum, þannig eru líkamlegar refsingar viðurkenndar sem ákveðnar uppeldisaðferðir samkvæmt lögum í ákveðnum samfélögum en í öðrum er það skilgreint sem líkamlegt ofbeldi gegn börnum.



Í öllum ríkjum Bandaríkjanna og í Englandi hafa foreldrar til að mynda rétt á því að beita börn sín líkamlegum refsingum (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2012). Víða á Norðurlöndunum eins og t.d. í Svíþjóð og á Íslandi hefur hins vegar verið lagt skilyrðislaust bann samkvæmt lögum og það gert refsivert að beita börn hverskonar andlegu eða líkamlegu ofbeldi (Hindberg, 2001; Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum). Þegar ofbeldi gegn börnum er tilkynnt til barnaverndanefnda á Íslandi er sú tilkynning flokkuð og skráð samkvæmt opinberum staðli sem Barnaverndarstofa gefur út sem er flokkunarkerfið SOF (skilgreiningar og flokkunarkerfið í barnavernd) sem var þróað af Freydísi Jónu Freysteinsdóttur eftir fyrirmynd flokkunarkerfa í Svíþjóð og Bandaríkjunum. Markmið SOF var að stuðla að markvissari og samræmdari vinnubrögðum starfsmanna barnaverndarnefnda, til að bæta málsmeðferð barnaverndarmála og gera samanburð á eðli og tíðni tilkynninga raunhæfan og þar með auka möguleika á rannsóknum (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2003). Flokkunarkerfið var tekið í notkun árið 2005 af barnaverndarstarfsmönnum á öllu landinu og var notað án nokkurra breytinga til ársins 2012 en þá var gefin út 2. útgáfa flokkunarkerfisins (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012).

Flokkunarkerfið skiptist í tvo hluta, hluta I. barn sem þolandi og hluta II. áhættuhegðun barna. Hluti I. samanstendur af tveimur meginflokkum, vanræksla og ofbeldi. Vanræksla er skilgreind sem skortur á nauðsynlegri athöfn sem leiðir til eða er líkleg til að leiða til skaða á þroska barns, heilsu þess og velferð. Vanræksla er síðan skilgreind sérstaklega eftir fjórum flokkum sem eru líkamleg vanræksla, vanræksla varðandi umsjón og eftirlit, vanræksla varðandi nám og tilfinningaleg/sálræn vanræksla. Ekki verður fjallað nánar um vanrækslu hér. Ofbeldi gagnvart börnum er skilgreint á eftirfarandi hátt:

"Ofbeldi gagnvart barni er skilgreint sem athöfn af hálfu foreldris, forsjáraðila eða annars aðila, sem leiðir til eða er líkleg til að leiða til skaða á þroska barns. Ofbeldi skiptist í eftirfarandi þrjá flokka: 1. Foreldri beitir barn tilfinningalegu/sálrænu ofbeldi; 2. Foreldri beitir barn líkamlegu ofbeldi; 3. Foreldri beitir barn kynferðislegu ofbeldi." (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012).

Það vekur athygli höfundar þessa rits að í skilgreiningunni er skaði ofbeldis takmarkaður við þroska barns en ekki velferð þess og heilsu líkt og skilgreining

vanrækslu felur í sér. Að þessu leyti er skilgreiningin takmörkuð þar sem erfitt getur reynst að bera kennsl á og meta skaða á þroska barns, og ofbeldi getur vissulega leitt til annars konar skaða eins og skaða á velferð þess og heilsu líkt og skilgreining vanrækslu felur í sér. Þá vekur einnig athygli höfundar að í skilgreiningu líkamlegs ofbeldis er þess ekki getið sérstaklega að líkamlegt ofbeldi feli alltaf í sér tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi. Það fellur hins vegar undir viðtekna og almenna skilgreiningu hugtaksins í öllum helstu fræðiritum á þessu sviði (Kolko, 2001; Wolfe, 1999) að líkamlegt ofbeldi felur alltaf í sér tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi og það því áréttað hér.

Kynferðislegt ofbeldi gagnvart börnum er skilgreint samkvæmt flokkunarkerfinu SOF á eftirfarandi hátt „Foreldri beitir barn kynferðislegu ofbeldi ef það fær barn til að sinna sínum kynferðislegu þörfum eða annarra eða misbýður barni með kynferðislegum athugasemdum.“. Kynferðislegt ofbeldi er síðan flokkað og skilgreint frekar eftir alvarleika í eftirfarandi þrjá flokka; Samfarir og/eða munnmök; Þukl innan klæða á kynfærum; Horft á kynfæri, kynferðislegar athafnir eða klámefni. Ekki verður fjallað nánar um kynferðislegt ofbeldi gegn börnum hér þar sem viðfangsefni þessarar rannsóknar snýr einungis að tilfinningalegu/ sálrænu og líkamlegu ofbeldi sem börn eru beitt á heimilum sínum.

### *Tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi*

Erfitt getur reynst að bera kennsl á tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi oft einnig vísað til sem andlegs ofbeldis því það skilur ekki eftir sig sjáanlega áverka og getur því verið mjög dulið. Hins vegar sýna rannsóknir að þrátt fyrir að líkamlegir áverkar hljótist ekki af andlegu ofbeldi þá getur það engu að síður valdið miklum skaða þó hann sé ekki líkamlegs eðlis (Crooks og Wolfe, 2007). Samkvæmt SOF felur tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi gegn börnum í sér niðrandi framkomu foreldris við barn, uppnefningar, hótanir, óeðlilegar kröfur miðað við aldur og þroska barns og einnig fellur það undir tilfinningalegt/sálrænt ofbeldi þegar barn verður vitni að ofbeldi milli annarra. Skilgreiningin felur í sér að um endurtekið ofbeldi sé að ræða samanber orðalag skilgreiningar viðvarandi, leggur í vana sinn og sífellt (sjá nákvæma skilgreiningu á tilfinningalegu/sálrænu ofbeldi gagnvart börnum samkvæmt SOF í töflu 1).

Tafla 1. Skilgreining samkvæmt SOF á tilfinningalegu/sálrænu ofbeldi gagnvart börnum.

---

A. Foreldri beitir barn tilfinningalegu/sálrænu ofbeldi:

1. Foreldri sýnir viðvarandi neikvætt viðhorf og neikvæðar tilfinningar til barns.

Foreldri leggur það í vana sinn eða beitir því í refsingarskyni að koma fram við barn á ómanneskjulegan eða niðurlægjandi hátt. Dæmi um slíkt eru eftirfarandi:

- 1.1. Foreldri er sífellt að setja út á; eiginleika barns t.d. útlit þess eða skap
  - 1.2. Foreldri er sífellt að setja út á það sem barnið gerir t.d. heimalærdóm og heimilisstörf.
  - 1.3. Foreldri notar neikvætt hlaðin orð við barnið sitt t.d. fífl, asni, hálfviti o.s.frv.
  - 1.4. Foreldri sendir barni rafræn skilaboð t.d. í formi SMS skilaboða, þar sem andlegu ofbeldi eða kynferðislegri áreitni er beitt.
  - 1.5. Neita barni um mat, svefn eða öðrum nauðsynjum í refsingarskyni
2. Foreldri gerir óraunhæfar kröfur til barns miðað við aldur þess og þroska.  
Foreldri gerir of miklar kröfur til barns miðað við aldur þess og þroska, ætlast t.d. til þess að barnið klæði sig sjálfst áður en eðlilegt getur talist að barn klæði sig sjálfst hjálparlaust.
  3. Foreldri sér barn ekki sem sjálfstæðan einstakling eða fær barn til að sinna sínum sálrænu/tilfinningalegu eða líkamlegum þörfum. Foreldri virðir ekki barn sitt sem sjálfstæðan einstakling, heldur fremur sem framlengingu á sjálfum sér. Barnið er notað til að fullnægja sálrænum/tilfinningalegum eða líkamlegu þörfum hans og snúast þá hlutverkin við, þ.e. barnið sinnir sálrænum þörfum foreldris, fremur en að foreldri sinni sálrænum þörfum barnsins.
  4. Barn verður vitni að ofbeldi innan fjölskyldu.  
Barn verður vitni að ofbeldi milli annarra, t.d. líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi milli foreldra, foreldra gagnvart systkini, milli systkina barnsins eða barni/unglingi gagnvart foreldri.

---

(Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012)

Rannsóknir hafa undanfarinn áratug í auknum mæli beinst sérstaklega að þeim hópi barna sem verða vitni að heimilisofbeldi á beinan eða óbeinan hátt og í dag þykir það óumdeilt að börn sem búa við ofbeldi á heimili geta hlotið af því margvíslegan skaða jafnvel þótt ofbeldinu sé ekki beint að þeim sjálfum (Øverlien, 2010; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Harold og Howarth, 2004). Börn sem búa við heimilisofbeldi skynja hið óáþreifanlega andrúmsloft sem ofbeldi skapar. Það getur orðið vitni að ofbeldinu með ýmsum hætti t.d. með því að horfa upp á ofbeldið með eigin augum, heyra rifrildi, öskur, brothljóð, sjá afleiðingar ofbeldisins eins og marbletti á móður eða aðra alvarlegri áverka, brotin húsgögn, húsmuni eða göt í veggjum, upplifa vanlíðan og ótta móður eða

annarra fjölskyldumeðlima eins og systkina sem búa við ofbeldið (Holt, Buckley og Whelan, 2008; Kolko, 2001).

### *Líkamlegt ofbeldi*

Börn geta verið uppátækjasöm við leik og störf og ekki óalgengt að þau hljóti ýmsa marbletti og sár við iðju sína. Þeir áverkar eru þó yfirleitt á sjáanlegum stöðum sem barnið dettur á eins og t.d. olnbogum, höndum og enni. Börn sem eru beitt líkamlegu ofbeldi eru oft með annars konar áverka eins og t.d. mar á baki, hálsi og/eða stóra marbletti þar sem gripið hefur verið í þau (Ólöf Ásta Farestveit og Þorbjörg Sveinsdóttir, 2006). Líkamlegt ofbeldi er samkvæmt skilgreiningu SOF, þegar barn er meitt viljandi. Það getur verið gert á ýmsan hátt eins og t.d. með því að slá, sparka, brenna eða binda barn. Áverkar líkamlegs ofbeldis geta verið margskonar og í töflu 2 má sjá nákvæma skilgreiningu líkamlegs ofbeldis gagnvart börnum samkvæmt flokkunarkerfinu SOF.

## Tafla 2. Skilgreining samkvæmt SOF á líkamlegu ofbeldi gagnvart börnum.

### A. Foreldri beitir barn líkamlegu ofbeldi.

Líkamlegt ofbeldi á sér stað þegar barn er meitt viljandi á einhvern hátt eða þegar ofbeldi er beitt á óbeinan hátt. Í þessum tilvikum er mikilvægt að athuga samræmi frásagnar barnsins og foreldris um hvernig meiðslin atvikuðust.

Dæmi um líkamlegt ofbeldi getur verið:

- 1.1. Slá barn með flötum lófa
- 1.2. Kýla barn með hnefa
- 1.3. Sparka í barn
- 1.4. Henda hlut í barn
- 1.5. Brenna barn t.d. með því að setja hönd eða föt í sjóðandi vatn eða setja logandi sígarettu á húð þess.
- 1.6. Binda barn niður svo það getur ekki losað sig
- 1.7. Hrista ungabarn eða slá því utan í vegg

Dæmi um sýnilega áverka sem barn getur hlotið vegna ofbeldis eru t.d.:

- 3.1. Hrúfl/skráma
- 3.2. Marblettir
- 3.3. Blaðra vegna bruna
- 3.4. Augnáverkar t.d. aðskilin sjónhimna
- 3.5. Roði
- 3.6. Sár
- 3.7. Brunasár
- 3.8. Upphleypt svæði á húð, t.d. rák eftir barsmíð með belti
- 3.9. Ör eftir áverka

Dæmi um áverka sem geta mögulega ekki verið sýnilegir en sem fagaðili í heilbrigðiskerfi hefur greint hjá barni (listinn er ekki tæmandi):

- 4.1.1. Heilaskemmdir
- 4.1.2. Skemmdir á líffærum vegna vísvitandi eitrunar
- 4.1.3. Aflögun
- 4.1.4. Augnáverkar
- 4.1.5. Vísbendingar um tilraun til kæfingar
- 4.1.6. Sprunga í beini
- 4.1.7. Innri kviðarhols eða brjósthols meiðsli
- 4.1.8. Annar miðtaugakerfisskaði
- 4.1.9. Rifin hljóðhimna
- 4.2. Einkennamynstur barns sem hefur verið hrist eða skelt utan í eitthvað (Shaken baby syndrome)
- 4.2.1. Tognun á ökkla
- 4.2.2. Viðvarandi blæðing eða blóðkúla

### B. Foreldri beitir barn óbeinu ofbeldi.

Líkamlegt ofbeldi getur einnig komið fram á óbeinan hátt. Dæmi um slíkt eru eftirfarandi:

Barni hefur verið byrjað eitur, gefið hættuleg lyf án læknisráðs, gefinn skemmdur matur eða látið borða eigin saur eða annað sem ætla má að geti skaðað barnið eða verið því hættulegt.

### C. Foreldri gerir barn að einkennisbera.

Fer með barn til margra lækna til þess að fá fyrir það lyf eða lækniáðgerðir án raunverulegra veikinda eða vegna veikinda sem eru tilkomin vegna einhvers sem foreldri hefur gert (Munchausen syndrome by proxy).

Þegar grunur er um áverka af þessu tagi er nauðsynlegt að fara með barnið til læknis og fá nákvæma lýsingu frá fagaðila í heilbrigðiskerfi á meiðslum og faglegt álit hans á orsökum meiðslanna.

(Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012)

## Tíðni

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á tíðni heimilisofbeldis og flestar þeirra snúa að ofbeldi gegn konum sem þolendum fremur en börnum. Því skortir sérstaklega rannsóknir á börnum sem þolendum heimilisofbeldis og því lítið vitað um umfang þess í tengslum við börn. Erlendar rannsóknir sýna að í 30 til 60% tilfella heimilisofbeldis eru börnin einnig beitt ofbeldi (Department of Health, 2005; Edleson, 1999) sem þýðir að ofbeldi á heimilum gegn konum og börnum fylgist að í mörgum tilfellum og því er vert að greina hér einnig frá tíðni ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum til að varpa ljósi á umfangi heimilisofbeldis á Íslandi.

Samkvæmt Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (*World Health Organization, WHO*) er heimilisofbeldi ein algengasta tegund ofbeldis í heiminum en jafnframt það ofbeldi sem er hvað mest falið. En sú leynd sem fylgir heimilisofbeldi er einmitt sá þáttur sem gerir það að verkum að erfitt er að meta umfang þess. Í nýútkominni skýrslu stofnunarinnar sem byggði á athugun á gögnum um tíðni, eðli og afleiðingar ofbeldis í nánnum samböndum frá yfir 80 löndum kom fram að á heimsvísu væri að meðaltali þriðjungur kvenna sem hefðu einhvern tímann á lífsleiðinni verið beittar líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í nánu sambandi. Tíðnin var hærri í vanþróuðum og fátækjum ríkjum, eða allt að 40%, en hjá ríkari þjóðum heims (*high income countries*) sem Ísland flokkast meðal var tíðnin að meðaltali um 23% (WHO, 2013).

Tvær íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á tíðni ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum en aðeins önnur þeirri athugaði hvort börn hafi verið til staðar á meðan á ofbeldinu stóð. Sú fyrri er frá árinu 1997 og var unnin af Dóms- og kirkjumálaráðuneytinu en könnunin tók til alls 2224 manna tilviljunarkennds úrtaks úr þjóðskrá af báðum kynjum á aldrinum 18-65 ára. Könnunin var í formi spurningakönnunar og spurt var um 26 atriði sem flest vörðuðu líkamlegt ofbeldi. Helstu niðurstöður voru þær að 13,8% kvenna sögðust hafa verið beittar líkamlegu ofbeldi af hálfu núverandi eða fyrrverandi maka einhvern tímann á lífsleiðinni, þar af voru 7,1% sem sögðust hafa verið beittar grófu líkamlegu ofbeldi. Þegar spurt var um ofbeldi af hálfu núverandi eða fyrrverandi maka síðastliðna 12 mánuði sögðust 1,3% kvenna hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi þar af voru 0,7% sem sögðust hafa verið beittar grófu líkamlegu ofbeldi (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997). Við túlkun þessara niðurstaðna þarf að hafa í huga að eingöngu var spurt um líkamlegt ofbeldi en ekki sálrænt- eða kynferðislegt ofbeldi og ekki var spurt um börnin.

Síðari rannsóknin er frá árinu 2008 sem unnin var af Rannsóknarsetri í barna- og fjölskylduvernd fyrir félags- og tryggingarmálaráðuneytið með það að markmiði að kanna umfang, eðli og afleiðingar ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum á Íslandi. Könnunin tók til alls 2050 kvenna sem valdar voru með slembiúrtaki úr þjóðskrá, á aldrinum 18-80 ára. Könnunin var í formi spurningakönnunar en spurningarnar voru byggðar að fyrirmynd fjölþjóðakönnunarinnar *The International Violence against Women Survey (IVAWS)* til að gera samanburð á umfangi ofbeldis gegn konum á Íslandi mögulegan við önnur lönd. Niðurstöður sýndu að rúmlega 22% þátttakenda sögðust hafa verið beittar líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í nánnum sambandi frá 16 ára aldri. Þegar spurt var um ofbeldi af hálfu maka síðastliðna 12 mánuði sögðust milli 1-2% kvenna hafa verið beittar líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi, sem þýðir, miðað við mannfjölda kvenna á þessu aldursbili á þessu tímabili samkvæmt Hagstofu Íslands, að á bilinu 1200-2300 konur höfðu verið beittar ofbeldi af hálfu maka síðastliðna 12 mánuði. Þegar niðurstöðurnar voru bornar saman við niðurstöður annarra landa kom í ljós að ofbeldi gegn konum væri álíka algengt á Íslandi (22%) og í Danmörku (21%) (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður könnunar *WHO* frá árinu 2013 sem var reifuð hér á undan þar sem tíðni ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum meðal hinna ríkari þjóða heims voru að meðaltali 23% (WHO, 2013). Samkvæmt þessu má því áætla að rúmlega ein af hverjum fimm konum á Íslandi hafi orðið fyrir líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í nánnum sambandi og því ljóst að umfang ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum á Íslandi sé umtalsvert.

Í rannsókn Rannsóknaseturs í barna- og fjölskylduvernd sögðu 21% þeirra kvenna sem höfðu orðið fyrir ofbeldi í nánnum sambandi að gerandinn hefði einnig beitt aðra í fjölskyldunni ofbeldi, en ekki var nánar tilgreint hver hefði verið beittur ofbeldi en leiða má að því líkur að í einhverjum tilfellum hafi þar verið um börn að ræða. Þá var spurt hvort börn hafi búið á heimilinu við síðasta ofbeldistilvik, niðurstöður sýndu að tæplega 75% þeirra kvenna sem höfðu verið beittar ofbeldi í nánnum sambandi sögðu börn hafa búið á heimilinu við síðasta ofbeldistilvik, 25% kvenna töldu börnin hugsanlega hafa verið vitni að ofbeldinu, en 50% að börnin hefðu líklega ekki orðið vitni að ofbeldinu (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Hér er vert að geta þess að þessar niðurstöður fela líklega í sér vanmat þar sem erlendar rannsóknir sýna að mæður sem búa við heimilisofbeldi vanmeta gjarnan að hve miklu leyti börnin verði vör við

ofbeldið, því má gera ráð fyrir því að hlutfallið sé í raun hærra (McGee, 2000; Buckley, Horwath og Wheelan, 2006).

Í ársskýrslu Samtaka um kvænnaathvarfið frá árinu 2012 kemur fram að alls leituðu 324 konur í athvarfið á árinu, þar af voru 113 konur og 87 börn sem dvöldu í athvarfinu allt frá einum degi upp í 213 daga en meðaldvöl barna var 24 dagar og meðalaldur þeirra 6 ár (Samtök um kvænnaathvarf, 2012). Í ársskýrslu samtakanna frá árinu 2007 kemur fram að 58% mæðra sem þangað komu í viðtal eða dvöl sögðu börnin einnig hafa orðið fyrir ofbeldi, árið 2008 var hlutfallið enn hærra eða 70% (Samtök um kvænnaathvarf, 2007; 2008) en ekki var tilgreint nánar hvort um andlegt, líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi hefði verið að ræða. Þær niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að börn sem búa við heimilisofbeldi eru í aukinni áhættu á að vera sjálf beitt ofbeldi (Øverlien, 2010; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Holt, Buckley og Whelan, 2008). Fjöldi kvænna sem sótti athvarfið árið 2012 hafði aðeins einu sinni áður í sögu athvarfsins verið fleiri á einu ári en fjöldi kvænna sem leitar til athvarfsins er ekki talinn lýsa umfangi vandans heldur bendi aðsóknin frekar til þess hvort konur þekki til athvarfsins og þeirrar þjónustu sem það hefur upp á að bjóða (Samtök um kvænnaathvarf, 2012). Þetta kom til að mynda fram í niðurstöðum könnunar Rannsóknarstofnunar í barna- og fjölskylduvernd frá árinu 2008 þar sem tæplega 80% þeirra kvænna sem höfðu orðið fyrir ofbeldi í nánú sambandi höfðu ekki samband við samtök og eða stofnanir sem bjóða aðstoð og ráðgjöf fyrir þolendur ofbeldis og aðeins um 6% leituðu til Kvænnaathvarfsins (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010).

Í rannsókn frá árinu 2010 sem var gefin út af Ríkislögreglustjóra á fjölda tilkynninga til lögreglu vegna heimilisofbeldis á árunum 2006-2007 kom fram að alls voru 993 mál tilkynnt til lögreglu sem flokkuð voru sem heimilisofbeldismál og í 39% mála var a.m.k. eitt barn á vettvangi þegar ofbeldið átti sér stað (Guðbjörg S. Bergsdóttir og Rannveig Þórisdóttir, 2010). Erlendar rannsóknir sýna hins vegar að aðeins lítil hluti heimilisofbeldismála er tilkynntur til lögreglu (Johnson, 1998) sem er í samræmi við niðurstöður könnunar Rannsóknarstofnunar í barna- og fjölskylduvernd þar sem aðeins 13% þátttakenda sögðust hafa tilkynnt um ofbeldið til lögreglu (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Af þessu má vera ljóst að færstar konur sem búa við heimilisofbeldi á Íslandi leiti sér aðstoðar eða tilkynna ofbeldið til lögreglu.

Upplýsingar um tilkynningar til barnaverndarnefnda eru birtar í ársskýrslu Barnaverndarstofu árlega, samkvæmt ársskýrslu stofnunarinnar frá árinu 2011 var



heildarfjöldi tilkynninga vegna líkamlegs ofbeldis og heimilisofbeldis tengt börnum alls 1556, þar af voru 454 tilkynningar vegna líkamlegs ofbeldis gegn barni, 665 vegna sálræns/tilfinningalegs ofbeldis gegn barni og 435 vegna heimilisofbeldis (Barnaverndarstofa, 2011). Tilkynningar til barnavernda eru þó ekki lýsandi fyrir umfang ofbeldis gegn börnum þar sem einungis hluti ofbeldismála gegn börnum uppgötvast og er tilkynntur til barnaverndarnefnda (DePanfilis, 2011).

Í íslenskri rannsókn frá árinu 2008 þar sem athuguð var þekking og skilningur á heimilisofbeldi 1125 grunnskólabarna á aldrinum 9-16 ára kom fram að 25% barnanna sagðist þekkja einhvern sem hefði orðið vitni að ofbeldi á heimili sínu (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Ekki var spurt nánar hvort barnið sem svaraði hefði sjálf verið þolandi þess ofbeldis en engu að síður sýna niðurstöður hennar að fjórðungur barna á Íslandi þekkir einhvern sem hefur búið við heimilisofbeldi. Tvær stórar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi á tíðni heimilisofbeldis gegn börnum sem veitir mikilvægar upplýsingar um umfang vandans hér á landi. Sú fyrri er frá árinu 2004 sem Barnaverndarstofa stóð fyrir í samvinnu við Rannsóknir og greiningu, þátttakendur voru alls 10472 nemendur í framhaldsskólum á Íslandi á aldrinum 16-24 ára. Kynjahlutfall þátttakenda var nokkuð jafnt eða 49,2% karlkyns og 50,8% kvenkyns og svarhlutfall hátt. Spurt var hvort nemendur hefðu fyrir 18 ára aldur a) orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili, b) orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili og c) hvoru tveggja. Niðurstöður sýndu að a) 4,6% stúlkna og 2,7% drengja höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili, b) 2,5% stúlkna og drengja höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili og c) 4,7% stúlkna og 4,9% drengja höfðu orðið fyrir hvoru tveggja. Alls voru því 11,8% stúlkna og 10,1% drengja sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og/eða orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili á Íslandi (Rannsóknir og greining, 2006).

Síðari rannsóknin var unnin af *UNICEF* á Íslandi í samvinnu við Rannsóknir og greiningu og var gefin út árið 2013. Rannsóknin fól m.a. í sér umfangsmikla tölfræðigreiningu sem samanstóð af gögnum sem aflað var árin 2006, 2009 og 2012 í 8. til 10. bekk í íslenskum grunnskólum þar sem þátttakendur svöruðu ýmsum spurningum varðandi hagi þeirra og líðan og þar á meðal spurningum varðandi reynslu þeirra af heimilisofbeldi. Gögnin sem aflað var árið 2006 samanstanda af svörum alls 7430 nemenda í 9. til 10. bekk, árið 2009 svöruðu 7714 nemendur í 9. til 10. bekk, árið 2012 svöruðu 11222 nemendur í 8. til 10. bekk, svarhlutfall var hátt og kynjaskipting nokkuð

jöfn. Niðurstöður sýndu að um 5 til 7% svarenda hafði orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili sínu af hálfu fullorðins einstaklings, um 4,5 til 6% höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili og um 17,5 til 23% höfðu orðið vitni að alvarlegu rifrildi milli foreldra sinna, en hlutfall stúlkna var eilítið hærra í öllum tilfellum. Athygli vekur að tíðnin er lægri milli úrtaka, hefur lækkað sérstaklega tíðni þess að verða vitni að alvarlegu rifrildi milli foreldra sinna þar sem munar mest um 5% á úrtökum árána 2006 og 2012 (UNICEF á Íslandi, 2013). Niðurstöðurnar ríma við niðurstöður rannsóknar sem Rannsókn og greining og Barnaverndarstofa gerðu árið 2006 (Rannsóknir og greining, 2006). Niðurstöður þessara tveggja rannsókna gefa því tilefni til að ætla að allt að 10 til 13% ungmenna á Íslandi hafi orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og/eða orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili í æsku eða fyrir 18 ára aldur. Umfang vandans er því gríðarstórt sérstaklega í ljósi þeirra skaðlegu sálfélagslegu afleiðinga sem geta af því hlotist fyrir þolendur þess.

### *Áhættuþættir*

Ýmsir þættir eru taldir auka áhættuna á því að barn verði fyrir sálrænu eða líkamlegu ofbeldi á heimili sínu en áhættuþættir ofbeldis gegn börnum eru gjarnan flokkaðir eftir því hvort þeir tengist barninu sjálfu, fjölskyldu þess, samfélaginu sem það tilheyrir og menningu þess lands sem það býr í og verður umfjöllun hér miðuð við þá flokkun (Daro, 2011; Crooks og Wolfe, 2007).

Meðal áhættuþátta sem varða barnið sjálft eru aldur barnsins. Niðurstöður rannsókna sýna að börn á leikskóla- og unglingsaldri eru í meiri áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili heldur en aðrir aldurshópar, en það er talið skýrast vegna þess að þessi tiltekni aldur fellur undir krefjandi þroskatímabil barna þar sem kröfur barns/unglings um aukið sjálfstæði getur valdið streitu í samskiptum við foreldra (Crooks og Wolfe, 2007). Aðrir þættir sem rannsóknir sýna að auki áhættu barns á að vera beitt ofbeldi eru erfið skapgerð og hegðunarerfiðleikar, þroskatengdar raskanir og athyglisbrestur með ofvirkni (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*) (Sullivan og Knutson, 2000; Sedlak, 1997).

Ýmsir þættir í fjölskyldu barnsins hafa áhrif á áhættu ofbeldis. Fyrst ber að geta þess að heimilisofbeldi er áhættuþáttur fyrir annars konar ofbeldi og illri meðferð á barni eins og líkamlegu ofbeldi, annars konar andlegu ofbeldi og einnig vanrækslu (McGuigan og Pratt, 2001; Appel og Holden, 1998). Börn sem búa hjá einstæðum

foreldrum eru líklegri til að vera beitt ofbeldi á heimili sínu heldur en börn sem búa hjá kjarnafjölskyldu þ.e. fjölskyldu þar sem báðir lífforeldrar barns búa saman. Börn sem búa hjá einstæðum feðrum eru næstum tvöfalt líklegri til þess að vera beitt líkamlegu ofbeldi heldur en börn sem búa hjá einstæðum mæðrum (Trocmé o.fl., 2001; Black, Smith og Heyman, 2001). Geðheilbrigði foreldra er sterkur áhættuþáttur. Erlendar rannsóknir á líðan kvenna sem eru þolendur heimilisofbeldis sýna að þær eru í aukinni áhættu á að greinast með þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun auk ýmissa líkamlegra heilsufarsvandamála (WHO, 2013). Þetta er í samræmi við þær upplýsingar sem Samtök um kvennaathvarf hafa birt árlega undanfarinn áratug um líðan þeirra kvenna sem hafa búið við heimilisofbeldi á Íslandi og hafa sótt þjónustu athvarfsins. Í ársskýrslu samtakanna frá árinu 2012 kemur fram að meirihluti kvenna greinir frá margskonar andlegum og líkamlegum kvillum eins og t.d. kvíða, þunglyndi, sjálfsvígshugsunum, þreytu og svefnleysi auk þess sem tæplega helmingur þeirra sem sóttu þjónustu athvarfsins höfðu verið greindar með langvarandi sjúkdóm frá því ofbeldið hófst. Flestar eða 62% höfðu hlotið líkamlega áverka í sambandinu en margar sögðu andlegar afleiðingar ofbeldisins meira langvarandi og sársaukafyllri heldur en þær líkamlegu (Samtök um kvennaathvarf, 2012).

Erlendar rannsóknir sýna að misnotkun áfengis og vímuefna foreldra eykur áhættu á að barn sé beitt ofbeldi á heimili (Dube, o.fl., 2002; Graham-Bermann og Howel, 2011; Crooks og Wolfe, 2007). Niðurstöður íslenskra rannsókna benda til hins sama. Í könnun Rannsóknarstofnunar í barna- og fjölskylduvernd frá árinu 2008 sem kannaði ofbeldisreynslu alls 2050 kvenna í nánnum samböndum á Íslandi sýndu niðurstöður að 59% kvenna sem höfðu verið beittar ofbeldi í nánú sambandi sögðu geranda hafa verið undir áhrifum áfengis, fíkniefna eða lyfja þegar síðasta ofbeldistilvikið átti sér stað (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Aðrir helstu áhættuþættir sem hafa verið tengdir við foreldra eru að hafa búið við ofbeldi á heimili í æsku og að hafa framið afbrot (Holt, Buckley og Whelan, 2008).

Efnahagsleg staða og félagslegur stuðningur þess samfélags sem barnið býr í hefur áhrif á áhættu þess að börn séu beitt ofbeldi. Þannig eru foreldrar barna sem hafa verið beitt ofbeldi á heimili í aukinni áhættu á að vera atvinnulaus, á félagslegum bótum og með lágt menntunarstig (Kruttschnitt o.fl., 2002; Black, Smith og Heyman, 2001). Börn sem koma úr barnmörgum fjölskyldum eru í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili (Daro, 2011). Auk þess eru skortur á stuðningi frá nærfjölskyldu og félagsleg

einangrun taldir til áhættuþátta foreldra barna sem búa við heimilisofbeldi (Dube o.fl., 2001).

Þeir áhættuþættir sem hafa verið tengdir við menningu þess lands sem barnið býr í eru viðhorf samfélagsins og löggjöf varðandi ofbeldi gegn börnum. Þannig hafa rannsóknir sýnt að börn eru í meiri áhættu á að vera beitt sálrænu og líkamlegu ofbeldi á heimili í löndum þar sem líkamlegar refsingar gagnvart börnum eru ekki bannaðar með lögum (Daro, 2011; Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2012). Þá hefur staða kvenna í samfélaginu einnig áhrif. Konur sem búa í samfélagi þar sem staða þeirra er veik með tilliti til réttinda, menntunar og atvinnumöguleika ásamt fleiri þáttum eru í meiri áhættu á að vera beittar ofbeldi í nánnum samböndum, sem eykur líkurnar á því að börn þeirra séu beitt ofbeldi (Krantz og Garcia-Moreno, 2005). Þetta kom fram í niðurstöðum nýlegrar umfangsmikillar fjölþjóðakönnunar frá árinu 2008 þar sem tíðni og alvarleiki ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum mældist minni í löndum þar sem staða kvenna var betri í samfélaginu (Johnson, Ollus og Nevala, 2008). Samkvæmt þessu ættu börn á Íslandi að standa nokkuð vel hvað þessa áhættuþætti varðar þar sem líkamlegar refsingar gegn börnum eru bannaðar með lögum hérlendis (Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum) og staða kvenna er óvígða betri í heiminum.

Af framangreindri umfjöllun má því álykta að enginn einn þáttur skýri orsakir ofbeldis gegn börnum á heimilum heldur sé um samspil margra þátta að ræða.

### *Sálfélagslegar afleiðingar*

Það þykir óumdeilt í dag meðal fræðimanna og fagfólks að börn sem búa við heimilisofbeldi geta hlotið af því margvíslegar skaðlegar afleiðingar sem ná yfir breitt svið, þó sum börn geti komist heilsteypt frá slíkri reynslu þá geta önnur þróað með sér ýmis sálfélagsleg vandamál sem geta þróað út í alvarlegar geðraskanir sem geta verið langvinnar og fylgt barninu fram á fullorðinsár (Øverlien, 2010; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Holt, Buckley og Whelan, 2008; Harold og Howarth, 2004). Í þessari rannsókn gerði höfundur ítarleg skil á þeim helstu geðröskunum sem börn sem búa við heimilisofbeldi eru í aukinni áhættu á að greinast með sem eru áfallastreituröskun, kvíði og þunglyndi. Því verður ekki fjallað frekar um þær geðraskanir hér en bent á kafla um áfallastreituröskun á bls. 33, kvíða á bls. 43 og þunglyndi á bls. 50 og það áréttað að þróun þessara geðraskana eru meðal alvarlegustu afleiðinga ofbeldis á börn.

Börn sem búa við ofbeldi á heimili sínu búa við óöryggi og ótta. Það sem gerir heimilisofbeldi sérstaklega skaðlegt eru þau nánú tengsl sem börnin sem við það búa hafa við geranda ofbeldisins, sem í flestum tilfellum eru foreldrar barnsins (Mcintosh, 2002). Ótal rannsóknir hafa reynt að greina hvaða skýringar séu á því að sum börn sem búa við ofbeldi á heimili þrói með sér margþættan sálfélagslegan vanda en önnur ekki (Hughes, Graham-Bermann og Gruber, 2001). Ýmsir þættir eru taldir hafa áhrif á hversu skaðlegar afleiðingar ofbeldisreynsla hefur á börn, rannsóknir sýna að tíðni og alvarleiki er stór áhrifaþáttur. Því oftast sem börn eru beitt ofbeldi eða því lengur sem börn búa við ofbeldið og því alvarlegra sem ofbeldið er þeim mun alvarlegri afleiðingar. Þá eru afleiðingarnar meiri og skaðlegri eftir því hversu mörgum tegundum ofbeldis barn verður fyrir á heimili sínu, þ.e. það hefur skaðlegri áhrif á börn að vera bæði t.d. beitt líkamlegu ofbeldi og verða vitni að ofbeldi á heimili heldur en að verða aðeins fyrir einni tegund ofbeldis á heimili (Edward, Holden, Felitti og Anda, 2003; Edleson o.fl., 2007; Wolfe, 2007). Í allsherjargreiningu frá árinu 2003 á niðurstöðum 118 rannsókna á afleiðingum heimilisofbeldis á börn voru ýmsar sálfélagslegar afleiðingar ofbeldis athugaðar eftir tegund ofbeldis. Niðurstöður sýndu að börn sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi sýndu meiri sálfélagslegan vanda heldur en börn sem höfðu orðið vitni að alvarlegum rifrildum, en ekki var marktækur munur á sálfélagslegri líðan barna sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili og barna sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili (Kitzmann o.fl., 2003).

Niðurstöður rannsókna á áhrifum afleiðinga eftir kyni eru ekki samhljóma, en niðurstöður flestra rannsókna benda til þess að stúlkum sé hættara við innhverfum vanda eins og kvíða og þunglyndi en drengjum hættara við úthverfum vanda (Graham-Bermann og Howell, 2011). Rannsóknir á áhrifum afleiðinga eftir aldri hafa hins vegar endurtekið sýnt alvarlegri afleiðingar þess að börn séu beitt ofbeldi á heimili fyrir 5 ára aldur (Graham-Bermann, Gruber, Howell og Girz, 2011; Kitzmann o.fl., 2003).

Áhrif afleiðinga heimilisofbeldis á börn hefur verið rannsakað út frá ýmsum þroskatengdum þáttum og sýna rannsóknir að afleiðingar ofbeldis koma fram á misjafnan hátt eftir mismunandi þroskaskeiðum (DeBellis, Keshavan, Spencer og Hall, 2000).

Ungabörn eru að öllu leyti háð umönnun foreldra sinna og geta enga björg sér veitt ef þau lenda í einhvers konar hættu. Heimilisofbeldi getur haft skaðlegar og varanlegar afleiðingar á heilaproska ungbarna. Þau sýna verri geðtengsl við

umönnunaraðila og einnig sýna þau meiri truflanir á svefn- og matarvenjum heldur en börn sem hafa ekki búið við ofbeldi á heimili (Lundy og Grossman, 2005; Carpenter og Stacks, 2009). Endurteknar taugavísindarannsóknir hafa sýnt tengsl milli slakrar tilfinningastjórnunar hjá börnum sem hafa búið við ofbeldi á heimili við breytingar á formgerð og virkni heilans sem hefur áhrif á streitusvörun taugakerfisins. Afleiðingar þess eru aukið næmi fyrir streitu sem rannsóknir sýna að er stór áhættuþáttur fyrir þróun ýmissa geðraskana (Nemeroff, 2004). Rannsóknir á þessu sviði hafa ennfremur sýnt að ofbeldið þarf ekki að vera langvarandi til þess að slíkar afleiðingar geti komið fram en yngri börn eru í meiri áhættu á varanlegum skaða (DeBellis o.fl., 2000).

Það sem einkennir börn á leikskólaaldri er hversu sjálfhverf þau eru í hugsun og hegðun. Þau eru hvatvís og eiga erfitt með tilfinningastjórnun og þurfa því á stöðugri leiðsögn og vernd að halda af hálfu foreldra sinna (Halfon, Shulman og Hochstein, 2005). Rannsóknir á afleiðingum heimilisofbeldis á börn á leikskólaaldri sýna að þau eru líklegri til að sýna seinkun í hugrænum þroska, tal- og málþroska, eiga erfiðara með tilfinningastjórnun og sýna meiri árásargirni og hegðunarvanda heldur en börn sem hafa ekki búið við ofbeldi á heimili (Osofsky, 1999). Í langtímarannsókn á hugrænum þroska barna frá árinu 2011 var hugrænn þroski 206 barna metinn við 2, 6 og 8 ára aldur. Niðurstöður sýndu að þau börn sem búið höfðu við heimilisofbeldi voru líklegri til að skora lægra á greindarprófi heldur en þau börn sem ekki höfðu búið við ofbeldi þrátt fyrir að stjórnað væri fyrir lýðfræðilegum breytum eins og greindarvísitölu móður, fæðingarþyngd o.fl. Þau börn sem búið höfðu við ofbeldi fyrir 2 ára aldur sýndu verri framvindu í hugrænum þroska heldur en þau börn sem voru eldri þegar ofbeldið hófst (Enlow, Egeland, Blood, Wright og Wright, 2011).

Börn á skólaaldri (6-12 ára) verða færari um flóknari hugsanir eftir því sem þau eldast og þroskast. Þau byrja að bera sig saman við aðra, sérstaklega foreldra og jafnaldra, og um leið byrjar álit annarra að skipta þau máli (Halfon, Shulman og Hochstein, 2005). Tilfinningar um skömm og sektarkennd vegna ofbeldisins sem viðgengst á heimilinu gera vart við sig og samfara því fara þau oft að reyna að spá fyrir um, koma í veg fyrir og fela ofbeldið á heimilinu (Lansford o.fl., 2002). Afleiðingar heimilisofbeldis á börn á skólaaldri ná yfir vítt svið en meðal helstu afleiðinga eru auk kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar eins og fram kom í upphafi kaflans, slök félagsfærni, erfiðleikar við að mynda og viðhalda tengslum við jafnaldra, lágt sjálfsálit, slök námsframmistaða, hegðunarvandi og árásargirni auk þess sem þau greina oft frá

líkamlegum verkjum eins og t.d. maga- og höfuðverkjum (Edleson o.fl., 1999; Jaffe, Moffit, Caspi, Taylor og Arsenaault, 2002).

Þegar börn ná unglingsaldri flækist vandinn enn frekar þar sem unglingsárin einkennast af auknu sjálfstæði, miklum breytingum og er róstarsamur tími í lífi flestra (Arnett, 2005). Rannsóknir sýna að þegar börn hafa náð unglingsaldri þá eru þau líklegri til að gera sig ábyrg fyrir ástandi á heimili þar sem ofbeldi er beitt, reyna að vernda aðra þolendur ofbeldisins oftast móður og yngri systkini og upplifa oft mikla reiði og hefndarhug gagnvart gerandanum (Evans, Davies og DiLillo, 2008). Meðal helstu afleiðinga heimilisofbeldis á unglunga eru auk kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar, brotin sjálfsmýnd, slök námsframmistaða, sjálfsvígshugsanir og ýmis áhættu hegðun eins og sjálfsvígstilraunir, misnotkun áfengis og vímuefna, ofbeldi og afbrotahæðun (McGee, 2000; Edleson o.fl., 2007).

Rannsóknir á langtímahorfum barna sem hafa búið við heimilisofbeldi sýna sterk tengsl ofbeldisreynslu barna í æsku við margþættan sálfélagslegan vanda á fullorðinsárum. Helstu langtímaafleiðingar ofbeldis gegn börnum eru áfengis- og vímuefnafíkn, þróun ýmissa geðraskana, atvinnuleysi, félagsleg einangrun, ofbeldi gegn maka, beita börn sín ofbeldi, slæm líkamleg heilsa, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg, afbrotahæðun og fangelsisvist (Reading, 2006; Edward o.fl., 2003; Dube, o.fl., 2002). Því er ljóst að heimilisofbeldi getur haft alvarlegar afleiðingar á börn og gefið forspá um líðan á fullorðinsárum.

Hér hefur aðeins verið fjallað um afleiðingar heimilisofbeldis á börn samkvæmt erlendum rannsóknum sem skýrist af því að fáar rannsóknir eru til um afleiðingar heimilisofbeldis á börn sem búa á Íslandi. Í bók Jónínu Einarsdóttur, Sesselju Th. Ólafsdóttur og Geirs Gunnlaugssonar frá árinu 2004 sem fjallar um heimilisofbeldi gegn börnum á Íslandi er vitnað til skýrslu Sigurðar Rafns A. Levy sálfræðings á Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala háskólasjúkrahúsi þar sem birtar voru upplýsingar um áhættuþætti sjálfsvígshugsana, sjálfsvígstilrauna, sjálfsmeiðinga og/eða alvarlegra geðrænna fatlana hjá þeim börnum sem sóttu þjónustu BUGL á árunum 2001-2002. Í skýrslunni kom fram að 72% stúlkna og 52% drengja sem sóttu þjónustu BUGL á fyrrgreindu tímabili höfðu orðið fyrir einhvers konar ofbeldi eða búið við vanrækslu (Jónína Einarsdóttir, Sesselja Th. Ólafsdóttir og Geir Gunnlaugsson, 2004).

Í nýútgefinni skýrslu sem *UNICEF* vann í samvinnu við Rannsóknir og greiningu var gerð ítarleg tölfræðigreining á gögnum sem safnað var árin 2006, 2009 og 2012 um

hagi og líðan grunnskólanemenda í 8.-10. bekk á Íslandi. Gögnin samanstanda af svörum alls 26336 nemenda. Rannsóknin fól m.a. í sér samanburð á reynslu nemenda af ofbeldi á heimili við svör sem tengdust áhættu hegðun og líðan. Niðurstöður sýndu sterk tengsl milli reynslu af heimilisofbeldi, andlegrar líðan og áhættu hegðunar. Hlutfall svarenda sem meta andlega heilsu sína sæmilega eða slæma var 18,9% (kvk) og 11,8% (kk) hjá þeim sem höfðu enga reynslu af ofbeldi á heimili, 35,1% (kvk) og 22,4% (kk) hjá þeim sem höfðu orðið vitni að alvarlegu rifrildi milli foreldra, 53,2% (kvk) og 28,% (kk) hjá þeim sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi, 55,6% (kvk) og 32,1% (kk) hjá þeim sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi. Hlutfall svarenda sem fannst framtíðin vonlaus oft eða nær alltaf var 13,4% (kvk) og 8,5% (kk) hjá þeim sem höfðu enga reynslu af ofbeldi á heimili, 27,4% (kvk) og 15,5% (kk) hjá þeim sem höfðu orðið vitni að alvarlegu rifrildi milli foreldra, 44,9% (kvk) og 26,6% (kk) hjá þeim sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi og 46,8% (kvk) og 30,6% (kk) hjá þeim sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi. Einnig voru börn sem höfðu reynslu af ofbeldi á heimili mun líklegri til að vera einmana og líða illa í skóla eða allt að þrisvar sinnum líklegri, allt að 11 sinnum líklegri til að reykja daglega, um 4 sinnum líklegri til að hafa orðið drukkin og allt að 6 sinnum líklegri til að nota kannabisefni (UNICEF á Íslandi, 2013). Niðurstöðurnar eru afgerandi. Rannsóknin byggir á stóru þjóðarúrtaki á tilteknu aldursbili og sýnir svo ekki verður um villst að börn sem búa við ofbeldi á heimili á Íslandi sýna mun meiri vanlíðan og áhættu hegðun samanborið við börn sem hafa ekki reynslu af ofbeldi á heimili. Stúlkur eru í meiri áhættu á vanlíðan, en munur á áhættu hegðun var ekki eins afgerandi milli kynja. Niðurstöðurnar eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem hér voru reifaðar á undan, börn sem verða vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili bera af því engu minni skaða en börn sem eru beitt líkamlegu ofbeldi á heimili.

### **Þróun geðraskana hjá börnum sem hafa búið við ofbeldi á heimili.**

#### *Flokkun geðraskana*

Við greiningu geðraskana hjá börnum er notast við tvö aðskilin greiningarkerfi, það eru *Diagnostic statistical manual of mental disorders*, 4. útgáfa (DSM-IV) og *International classification of diseases*, 10. útgáfa (ICD-10). DSM-IV sem er mest notað í Norður-Ameríku er gefið út af sambandi geðlækna í Bandaríkjunum (*American Psychiatric*



*Association*) og er algengasta viðmiðið í rannsóknum og alþjóðlegri umræðu (APA, 2000). ICD-10 sem gefið er út af Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (*World Health Organization*) er það kerfi sem er notast við víða um heim og hérlendis við flokkun sjúkdóma í heilbrigðiskerfinu (WHO, 2010). Hér verður fjallað um og gerð grein fyrir greiningarskilmerkjum, samkvæmt geðgreiningarkerfinu DSM-IV, þeirra helstu geðraskana sem börn sem búa við heimilisofbeldi eru í aukinni áhættu á að þurfa að kljást við, sem eru áfallastreituröskun, kvíði, og þunglyndi.

## Áfallastreituröskun

### *Greiningarskilmerki og einkenni*

Börn geta upplifað margskonar streituvaldandi atburði sem geta valdið áfalli en tíðni áfallastreituröskunar hjá börnum er talin vera á bilinu 1-14% (APA, 1994). Áhrif áfalla á börn hafa verið rannsökuð við margskonar há-streituvaldandi aðstæður (*high magnitude stressor*) eins og t.d. að verða fyrir eða verða vitni að ofbeldi innan eða utan fjölskyldu, kynferðisofbeldi, alvarleg slys eða veikindi, náttúruhamfarir, bruna, fráfall náins ástvinar og/eða verða vitni að fráfalli náins ástvinar, stríð, hryðjuverk o.fl. (APA, 2000). Misjafnt er hvernig börn bregðast við áföllum, þau geta orðið sorgmædd, óttaslegin, kvíðin, þunglynd en ákveðinn hluti þróar með sér enn alvarlegri áfallaeinkenni sem geta leitt til bráðastreituröskunar (*acute stress disorder, ASD*), áfallastreituröskunar hér eftir skammstafað ÁSR (*post traumatic stress disorder, PTSD*) eða flókinnar áfallastreituröskunar (*complex post traumatic stress disorder*) einnig vísað til sem þroska áfallastreituröskun (*developmental PTSD*) en þær síðastnefndu eru ekki viðurkennd röskun samkvæmt DSM-IV heldur tillaga sem hlotið hefur nokkurn hljómgrunn innan áfalla fræðanna og hefur verið rannsökuð umtalsvert (Fletcher, 2007).

Bráðastreituröskun felur í sér einkenni kvíða og aðgreiningar frá veruleikanum (*dissociation*) en til þess að uppfylla greiningarskilmerki röskunarinnar samkvæmt DSM-IV þá þarf viðkomandi að upplifa a.m.k. þrjú einkenni aðgreiningar eins og dofa, óraunveruleikatilfinningu eða minnistap. Önnur einkenni eru endurupplifanir, forðun eða tilfinningadofi og ofurárvekni, en einkennin eru svipuð einkennum ÁSR. Greining bráðastreituröskunar er aðeins gerð ef einkenni röskunarinnar koma fram innan við fjórum vikum frá því áfallið átti sér stað og þau verða að vera til staðar í að lágmarki tvo daga en að hámarki fjórar vikur (APA, 2000). Þeir sem fá bráðastreituröskun eru í

aukinni áhættu á að þróa með sér ÁSR (Bryant, 2011) en þó benda ýmsar rannsóknir til þess að það eigi ekki við um börn því greining á bráðastreituröskun hjá börnum hefur ekki veitt góða forspá á greiningu ÁSR og margt bendir til þess að greiningarskilmerki bráðastreituröskunar samkvæmt DSM-IV séu ekki nægjanlega þroska- og aldursmiðuð og henti því illa til greiningar á börnum (Kassam-Adams og Winston, 2004; Bryant, Salmon, Sinclair og Davidson, 2007).

Greiningarskilmerki ÁSR samkvæmt DSM-IV má sjá í töflu 3. Til þess að uppfylla greiningarskilmerki röskunarinnar þá þarf einstaklingur að hafa upplifað atburð sem ógnaði lífi og limum eða persónulegri velferð hans sjálfs eða annarra og viðbrögð hans þurfa að hafa einkennst af miklum ótta, hjálparleysi eða hryllingi, en einkennin geta birst sem ruglingsleg eða æst hegðun hjá börnum. Að auki þarf viðkomandi að uppfylla einkenni í þremur flokkum einkenna sem eru a) þrálátar endurupplifanir áfallsins b) þrálát forðun frá áreitum sem minna á áfallið og dofa í viðbrögðum c) þrálát ofurárvekni eða aukin örvun. Greining á ÁSR hjá einstaklingi er ekki gerð nema að minnsta kosti einn mánuður sé liðinn frá því að áfallið átti sér stað (APA, 2000). Í töflu 3 má sjá nánari lýsingu á einkennum hvers flokks fyrir sig.

Tafla 3. Greiningarskilmerki áfallastreituröskunar samkvæmt DSM-IV-TR

- 
- A. Manneskja varð fyrir áfalli þar sem bæði eftirfarandi skilyrði voru til staðar:
1. Upplifði, varð vitni að eða stóð frammi fyrir atburði sem ógnaði lífi og limum, eða persónulegri velferð viðkomandi eða annarra.
  2. Viðbrögð við áfallinu fólu í sér skelfingu, hjálparleysi eða hrylling. **Hjá börnum geta þessi einkenni komið fram sem æst eða ruglingsleg hegðun.**
- B. Prálátar endurupplifanir (e. reexperiencing symptoms) áfallsins:
1. Óboðnar óþægilegar minningar um atburðinn sem eru endurteknar eins og ímyndir, hugsanir og skynjanir. **Hjá börnum getur þetta birst í endurteknum leik þ.e. barnið tjáir sig um áfallið í gegnum leik.**
  2. Endurteknir óþægilegir draumar tengdir atburðinum. **Börn geta fengið martraðir án þess að þau geti tengt innihald þeirra við atburðinn sem olli áfallinu.**
  3. Endurupplifanir áfallsins (e. flashback) geta birst sem ofskynjanir eða skynvillur. **Hjá börnum geta endurupplifanir birst í leik þ.e. þau endurgera atburðinn (reenactment).**
  4. Sálræn vanlíðan ef minnt er á atburðinn eða við innri eða ytri vísbendingar tengdar atburðinum.
  5. Líkamleg viðbrögð ef minnt er á atburðinn eða við innri eða ytri vísbendingar tengdar atburðinum.

Í lið B þarf eitt eða fleiri einkenni að vera til staðar.

- C. Prálát forðun frá áreitum sem minna á atburðinn og almennur tilfinningadofi(sem var ekki til staðar fyrir áfallið):
1. Leggur sig fram um að forðast hugsanir, tilfinningar og samtöl sem tengjast áfallinu.
  2. Leggur sig fram um að forðast athafnir, aðstæður og/eða fólk sem minnir á áfallið.
  3. Minnisleysi tengt áfalli.
  4. Áhugaleysi á áður ánægjulegum athöfnum.
  5. Vera úr tilfinningatengslum við aðra.
  6. Skert upplifun tilfinninga – doði.
  7. Tilfinning um að eiga sér ekki framtíð (e. sense of foreshortened future)(býst ekki við að ganga í hjónaband, eignast börn og/eða starfsframa).

Í lið C þurfa að vera þrjú eða fleiri einkenni til staðar

- D. Prálát ofurárvekni, einkenni um aukna örvun(sem var ekki til staðar fyrir áfallið):
1. Svefnörðugleikar
  2. Píringur, reiðiköst
  3. Einbeitingarörðugleikar
  4. Ofurárvekni, miklar vökur
  5. Bregða auðveldlega

Í lið D þurfa að vera tvö eða fleiri einkenni til staðar

- E. Einkennin (í liðum B, C og D) þurfa að hafa verið til staðar í einn mánuð eða lengur.
- F. Einkenni valda mikilli vanlíðan og/eða truflun í félagslegum samskiptum, atvinnuþátttöku eða á öðrum mikilvægum sviðum.

Tilgreina á hvort um bráða (einkenni hafa verið til staðar 3 mánuði eða skemur), langvarandi (einkenni hafa verið til staðar lengur en 3 mánuði) eða seinkaða (einkennin koma ekki fram fyrr en a.m.k. 6 mánuðir eru liðnir frá áfallinu) áfallastreituröskun er að ræða.

---

(APA, 2000)

Börn eiga erfðara með að festa hendur á hugsanir sínar og greina frá þeim heldur en fullorðnir. Eins og sjá má í töflu 3 þá er gert ráð fyrir að birtingarmynd einkenna ÁSR hjá börnum geti verið á annan hátt heldur en hjá fullorðnum; 1) viðbrögð barna við áfalli geta einkennst af æstri og ruglingslegri hegðun 2) einkenni endurupplifana geta birst í hegðun, börn geta leikið endurupplifanir af áfallinu, fengið martraðir án þess að geta greint frá innihaldi þeirra eða tengt innihald þeirra við áfallið 3) forðun frá áreitum sem minna á áfallið og tilfinningadoði getur komið fram í minni þátttöku í leik og félagslegri einangrun hjá börnum 4) einkenni ofurárvekni hjá börnum geta birst í skapofsaköstum og kvíði getur birst í líkamlegum verkjum eins og höfuð- og magaverkjum (APA, 2000).

Þrátt fyrir að greiningarskilmerki DSM-IV taki tillit til þess að einkenni ÁSR geti birst á annan hátt hjá börnum heldur en fullorðnum þá voru þau upphaflega hönnuð til að meta áfallaeinkenni fullorðinna og hafa talsvert verið gagnrýnd fyrir að vera ekki nægjanlega þroska- og aldursmiðuð þar sem þau nái ekki að fanga þau áhrif sem sem áföll í æsku hafa á þroska barna. Margar rannsóknir bendi til þess að ÁSR sé vangreind hjá börnum, sérstaklega ungum börnum, þar sem einkenni röskunarinnar birtist á annan hátt hjá börnum heldur en hjá fullorðnum (Dyregrov og Yule, 2006). Í nýútgefinni fimmtu útgáfu *Diagnostic statistical manual of mental disorders* frá árinu 2013 eða DSM-5 var nýjum undirflokki bætt við ÁSR fyrir börn sex ára og yngri sem nefnist áfallastreituröskun hjá börnum á forskólaaldri eða *Post traumatic stress disorder in preschool children* (APA, 2013). Í DSM-5 er því hugað betur að þroskatengdum þáttum við birtingarmynd einkenna ÁSR en þar sem DSM-5 er nýútkomið er lítil reynsla komin á notkun þess við greiningu ÁSR hjá börnum og fáar rannsóknir sem hafa verið gerðar og því verður ekki fjallað frekar um það hér.

### Tíðni

Samkvæmt bandaríska geðlæknasambandinu (*American Psychiatric Association*) er tíðni ÁSR hjá börnum og unglingum í almennu þýði talin vera á bilinu 1-14% (APA, 1994) en faraldsfræðilegar rannsóknir á tíðni ÁSR hjá börnum sem byggja á þjóðarúrtaki eru afar fátíðar. Sérstaklega í samanburði við þann fjölda rannsókna sem hafa verið gerðar sem byggja á hentugleikaúrtökum þar sem tíðni ÁSR hjá börnum og unglingum sem hafa orðið fyrir áfalli er athuguð og þá flokkuð eftir tegund áfalla (Fletcher, 2007), en slíkar rannsóknir veita ekki upplýsingar um áætlaða tíðni ÁSR í almennu þýði. Hér verður fjallað um nýlegar rannsóknir á tíðni ÁSR hjá unglingum þar sem nánast engar

tíðnirannsóknir eru til um ÁSR hjá börnum. Fjallað verður um rannsóknir sem flestar byggja á þjóðarúrtaki þjóða sem við Íslendingar berum okkur gjarnan saman við, til þess að geta áætlað hvert umfang vandans sé á Íslandi.

Í nýlegri stórra þjóðarúrtaksrannsókn frá Bandaríkjunum á tíðni ÁSR hjá yfir 10.000 ungmennum á aldrinum 13-18 ára sýndu niðurstöður að lífstíðaralgengi ÁSR hjá þessum hópi ungmenna var um 5%. Tíðnin var hærri hjá stúlkum en drengjum og jókst með aldri (Merinkangas o.fl., 2010).

Í langtímarannsókn Giaconia og féлага var tíðni áfalla og ÁSR athuguð hjá 384 18 ára bandarískum ungmennum. Niðurstöður sýndu að 43% höfðu orðið fyrir að minnsta kosti einu áfalli, 15% uppfylltu greiningarskilmerki ÁSR og 80% þeirra sem voru með ÁSR náðu greiningarviðmiðum fyrir a.m.k. einni annari röskun til viðbótar við ÁSR samkvæmt DSM-IV og 40% fyrir tveimur öðrum röskunum. Þau ungmenni sem höfðu orðið fyrir áfalli en náðu ekki greiningarviðmiðum ÁSR sýndu ýmis önnur einkenni sálfélagslegra vandamála eins og tilfinninga- og hegðunarerfiðleika, vandamál í samskiptum við aðra, námserfiðleika, sjálfsvígshæðun og líkamleg heilsufarsvandamál (Giaconia o.fl., 1995).

Í rannsókn á tíðni áfalla og ÁSR á litháensku þjóðarúrtaki sem taldi 183 ungmenni í 9. bekk, meðalaldur 15 ár, sýndu niðurstöður að 6% uppfylltu greiningarviðmið ÁSR og önnur 12% til viðbótar sýndu einkenni ÁSR en náðu ekki klínískum mörkum röskunarinnar (vantaði eitt einkenni upp á til að uppfylla greiningu). Áhættuþættir fyrir ÁSR voru að vera kvenkyns, búa á heimili með einstæðu foreldri og fjöldi áfalla (Domainskaite-Gota, Elklit og Christiansen, 2009).

Árið 2010 var birt rannsókn á tíðni áfalla og ÁSR hjá 687 færeyskum ungmennum í 8. bekk, meðalaldur 14 ár. Sú rannsókn er ekki síst merkileg fyrir þær sakir að rannsóknin samanstóð af úrtaki ungmenna heillar þjóðar á fyrrgreindu aldursbili. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að 20% uppfylltu greiningarviðmið ÁSR og önnur 14% til viðbótar sýndu einkenni ÁSR en náðu ekki klínískum mörkum röskunarinnar (vantaði eitt einkenni upp á til að uppfylla greiningu). Stúlkur voru meira en helmingi líklegri en drengir til að vera með ÁSR. Áhættuþættir fyrir ÁSR voru endurtekin áföll, búa á heimili með einstæðu foreldri og að hafa orðið fyrir áfalli nýlega eða innan síðastliðins árs (Petersen, Elklit og Olesen, 2010).

Í rannsókn frá árinu 2002 sem byggði á dönsku þjóðarúrtaki var tíðni áfalla og ÁSR athuguð hjá 390 dönskum ungmennum í 8. bekk, meðalaldur 14 ár. Niðurstöður

sýndu að 9% uppfylltu greiningarskilmerki ÁSR en 14% til viðbótar sýndu einkenni ÁSR en náðu ekki klínískum mörkum röskunarinnar (vantaði eitt einkenni upp á til að uppfylla greiningu). Stúlkur voru helmingi líklegri en drengir til að vera með ÁSR og endurtekin áföll sýndu sterkari tengsl við ÁSR (Elklit, 2002).

Íslenskar rannsóknir á áföllum og ÁSR hjá börnum eru fáar sem engar en ein nýleg rannsókn Írisar Böðvarsdóttur og Ask Elklit frá árinu 2007 veitir mikilvægar vísbandingar um tíðni og eðli áfalla íslenskra barna. Rannsóknin byggði á íslensku þjóðarúrtaki 206 barna í 9. bekk, meðalaldur 14,5 ár, þar sem tíðni áfalla og ÁSR var athuguð. Niðurstöður á tegund áfalla sýndu að 2,9% þátttakenda höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi, 3,9% kynferðislegu ofbeldi, 2,9% búið við alvarlega vanrækslu, 9,5% höfðu verið hótad ofbeldi, rúmlega 25% höfðu orðið vitni með beinum eða óbeinum hætti að alvarlegum atburðum þar sem einhver var meiddur eða dó, 8,7% höfðu sjálf lent í hættu þar sem þau hefðu getað slasast eða dáðið og 10,2% höfðu gert tilraun til sjálfsvígs. Af heildarfjölda allra þátttakenda voru 16% sem uppfylltu greiningarviðmið ÁSR og önnur 12% til viðbótar sýndu einkenni ÁSR en náðu ekki klínískum mörkum röskunarinnar (vantaði eitt einkenni upp á til að uppfylla greiningu). Stúlkur voru næstum því helmingi líklegri en drengir til að uppfylla greiningarviðmið fyrir ÁSR og áhættuþættir fyrir ÁSR voru endurtekin áföll, kyn og að búa á heimili með einstæðu foreldri (Böðvarsdóttir og Elklit, 2007). Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna því töluvert hærri tíðni ÁSR í samanburði við niðurstöður annarra þjóða eins og t.d. rannsóknin á dönskum ungmennum sem var reifuð hér á undan sýndi þar sem tíðni ÁSR var 9%. Einnig er tíðni ÁSR samkvæmt íslensku rannsókninni mun hærri heldur en kom fram í þjóðarúrtaksrannsókn Merinkangas og féлага frá árinu 2010 en þar var um mun stærra úrtak að ræða sem náði einnig til breiðari aldurshóps (Merinkangas o.fl., 2010). En hvað sem ólíkum rannsóknarniðurstöðum líður þá gefa niðurstöður tíðnirannsókna á ÁSR hjá unglíngum tilefni til þess að ætla að algengi áfalla hjá unglíngum á Íslandi sé töluvert, og tíðni ÁSR sé á bilinu 5-16%.

### *Áhættuþættir og fylgikvillar*

Þeir þættir sem taldir eru geta aukið líkur á að barn þrói með sér ÁSR eru alvarleiki atburðarins, hversu lengi hann stóð yfir og hversu berskjaldað barnið var fyrir áfallinu (Merinkangas, 2010; Dyregrov og Yule, 2006). Lýðfræðilegir þættir eins og kyn, aldur, kynþáttur, stéttarstaða og menning virðast hafa áhrif á þróun ÁSR. Þannig eru stúlkur

líklegri en drengir til að fá ÁSR og skólabörn eru líklegri heldur en forskólabörn til að fá ÁSR (Tollin og Foa, 2006). Þeir líffræðilegu, sálfræðilegu og félagslegu þættir sem eru til staðar áður en barn verður fyrir áfalli geta einnig haft áhrif á hvort viðkomandi þrói með sér ÁSR þar með talin saga um geðrænan vanda, skortur á félagslegum stuðningi, erfiðleikar eða deilur innan fjölskyldunnar, félags- og efnahagsleg staða. Þá sýna rannsóknir að börn sem hafa orðið fyrir áfalli eru líklegri heldur en börn sem hafa ekki orðið fyrir áfalli til þess að verða aftur fyrir áfalli en endurtekin áföll hjá börnum geta haft mjög skaðleg áhrif á þroska barna og auka líkurnar á því að barn þrói með sér alvarlegar geðraskanir (Fletcher, 2007). Áföll í æsku eru talin líklegri til að þróast í ÁSR heldur en áföll á fullorðinsárum (Breslau, Davis, Andreski, Peterson og Schultz, 1997). Börn eru því í meiri hættu á að þróa með sér röskunina heldur en fullorðnir.

Áhætta einstaklinga á að þróa með sér ÁSR er einnig misjöfn eftir því um hverskyns áfall er að ræða. Rannsóknir sýna að áföll af manna völdum eru líklegri til að leiða til alvarlegri einkenna ÁSR heldur en áföll af völdum náttúruhamfara og að áhættan eykst enn frekar eftir því sem tengslin milli geranda og þolanda eru meiri (Green o. fl. 2000). Börn sem búa við heimilisofbeldi eru því í aukinni áhættu á að þróa með sér alvarleg einkenni ÁSR þar sem heimilisofbeldi er vissulega af mannavöldum og sá sem beitir ofbeldinu nátengdur barninu. Áhætta barna sem búa við heimilisofbeldi á að þróa með sér ÁSR hefur einnig verið athuguð eftir því hvort barn verði vitni að ofbeldi eða sé sjálft beitt ofbeldi. Í rannsókn Berman og félaganna var gerður samanburður á áhættu barna á að greinast með ÁSR eftir því hvort þau höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili eða höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi sjálf á heimili. Niðurstöður sýndu ekki marktækan mun á áhættu milli hópanna (Berman, o.fl., 1996). Niðurstöðurnar benda því til þess að börn sem verða vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili séu jafn líkleg til að þróa með sér ÁSR og börn sem eru beitt líkamlegu ofbeldi á heimili (sjá einnig Kilpatrick o.fl., 2003).

Algengustu fylgikvillar ÁSR eru kvíðaraskanir, sérstaklega aðskilnaðarkvíði, fælni og þunglyndi, en rannsóknir hafa einnig sýnt tengsl ÁSR við hegðunarraskanir, ADHD og átraskanir (Fletcher, 2007). Tíðni fylgikvillar er mjög há í ÁSR. Í rannsókn Kilpatrick og félaganna frá árinu 2003 var gerð athugun á tíðni ÁSR og fylgikvillar hjá 4023 bandarískum ungmönnum á aldrinum 12-17 ára. Niðurstöður sýndu að tæplega 75% ungmenna sem höfðu greinst með ÁSR voru með a.m.k. einn fylgikvilla. Rannsóknir á langtímaáhrifum áfalla í æsku hafa sýnt auknar líkur á alvarlegum sálfélagslegum

vandamálum eins og t.d. auknar líkur á sjálfsvígi og misnotkun áfengis og vímuefna. Í norskri rannsókn frá árinu 2004 var gerð athugun á áfallasögu 74 sjúklinga sem höfðu verið lagðir inná spítala vegna sjálfsvígstílaunar. Niðurstöður sýndu að flestir þeirra höfðu orðið fyrir einhvers konar áföllum í æsku eins og kynferðislegri misnotkun, líkamlegu ofbeldi, vanrækslu, andlát foreldris eða orðið vitni að ofbeldi á heimili. Þeir sem höfðu orðið fyrir kynferðislegri misnotkun eða líkamlegu ofbeldi í æsku voru líklegri til þess að eiga sögu um endurteknar sjálfsvígstílaunir eða sjálfsskaða (Ystgaard, Hestetun, Loeb og Mehlum, 2004). Í íslenskri rannsókn frá árinu 2011 á 113 einstaklingum sem sóttu þjónustu Teigs, sem er meðferðarmiðstöð fyrir fólk með geðraskanir og áfengis- og vímuefnavanda, kom fram að 64% þeirra sem tóku þátt í rannsókninni höfðu orðið fyrir einhvers konar ofbeldi í æsku (Guðdjónson, Sigurdson og Tryggvadóttir, 2011). Því er ljóst að áföll í æsku geta haft alvarlegar afleiðingar og geta gefið forspá um líðan á fullorðinsárum.

#### *Börn sem búa við ofbeldi á heimili og ÁSR*

Eins og áður hefur komið fram þá hafa greiningarviðmið ÁSR samkvæmt DSM-IV talsvert verið gagnrýnd fyrir að vera ekki nægjanlega þroska- og aldursmiðuð og henti því illa til greiningar á börnum. Ennfremur hafa greiningarskilmerkin verið gagnrýnd fyrir að taka ekki mið af þeim eðlismun sem felst í að barn annars vegar verði fyrir einum há-streituvaldandi atburði eins og t.d. slysi eða náttúruhamförum og hins vegar að barn búi við langvarandi streituvaldandi aðstæður af mannavöldum eins og heimilisofbeldi er dæmi um. Þannig gerir greiningarviðmið A.1 (sjá nánar töflu 3) um ÁSR kröfu um að einstaklingur hafi upplifað atburð sem ógnaði lífi og limum eða persónulegri velferð sinni eða annarra, þannig að börn sem búa við andlegt ofbeldi, alvarlega vanrækslu, eru aðskilin frá umönnunaraðila eða missa einhvern nákominn aðstandanda myndu ekki uppfylla greiningarviðmið ÁSR þrátt fyrir að þau næðu þeim klínísku mörkum einkenna sem myndu annars uppfylla greiningarskilmerki og réttlæta greiningu ÁSR (van der Kolk, Roth, Perlcovitz, Sunday og Spinazzola, 2005; Spinazzola o.fl., 2005).

Rannsóknir innan áfallafræðasviðsins benda til þess að greiningarviðmið ÁSR samkvæmt DSM-IV séu viðeigandi til að greina börn sem búið hafa við örugg uppeldisskilyrði af hálfu umönnunaraðila sinna og hafi orðið fyrir einu áfalli en henti illa til greiningar á börnum sem hafa búið við langvarandi streituvaldandi aðstæður eins og



t.d. heimilisofbeldi er dæmi um, þar sem barn sem við það býr verður fyrir endurteknum áföllum af mannavöldum (Stolbach, 2013; van der Kolk o.fl., 2005). Þetta kom til að mynda fram í niðurstöðum rannsóknar frá árinu 2002 en þá stóðu bandarísk samtök um áföll barna (*the National Child Traumatic Stress Network*) fyrir umfangsmikilli könnun til að meta umfang, eðli og afleiðingar áfalla hjá 1699 börnum sem voru í áfallamiðaðri meðferð. Meðferðaraðilar barnanna fylltu út könnunina og niðurstöður sýndu að meirihluti eða 78% barnanna höfðu orðið fyrir endurteknum áföllum og/eða búið við langvarandi streituvaldandi aðstæður af mannavöldum en aðeins 10% höfðu orðið fyrir áfalli af völdum náttúruhamfara, slysa eða alvarlegra veikinda, 93% barnanna höfðu orðið fyrir áfalli fyrir 8 ára aldur. Minna en fjórðungur barnanna uppfylltu greiningarviðmið DSM-IV fyrir ÁSR og flest sýndu áfallaeinkenni sem ekki falla innan greiningarviðmiða DSM-IV en um 50% sýndu verulega truflun í stjórnun tilfinninga, athygli og einbeitingu, neikvæða sjálfsmynd, hvatvísi, árásargirni og áhættuhegðun (Spinazolla o.fl., 2005). Í annarri umfangsmikilli rannsókn þeirra Pynoos og féлага þar sem gerð var úttekt á 9336 börnum sem höfðu fengið þjónustu á áfallamiðstöð fyrir börn (*the National Center for Child Traumatic Stress*) sýndu niðurstöður að yfir 70% höfðu orðið fyrir einhvers konar áfalli en aðeins 24% uppfylltu greiningarviðmið fyrir ÁSR en engu að síður var hlutfall þeirra sem höfðu orðið fyrir áfalli sem átti við annars konar erfiðleika að stríða mjög hátt en 48% áttu við hegðunarvanda að stríða, 41% námserfiðleika, 31% áttu í erfiðleikum með tengsl og 11% sýndu sjálfsvígshægðun (Pynoos o.fl., 2008).

Meirihluti barna sem búið hafa við langvarandi streitu af mannavöldum (*interpersonal trauma*) uppfylla því ekki greiningarviðmið ÁSR en meirihluti þeirra sýnir annars konar áfallaeinkenni og uppfylla greiningarviðmið fyrir ýmsar aðrar raskanir eins og kvíðaraskanir, og þunglyndi, hegðunarraskanir og átraskanir (Ackerman, Newton, McPherson, Jones og Dykman, 1998; APA, 2000). Þannig sýndu niðurstöður rannsóknar á 362 börnum sem höfðu verið beitt ofbeldi að 58% þeirra voru með frumgreiningu á aðskilnaðarkvíða, 36% fælni, 35% ÁSR, 22% ADHD og 22% mótþróaþrjóskuröskun (Ackerman o.fl., 1998). Rannsóknir benda einnig til þess að hætta sé á að ÁSR sé ranglega greind sem ADHD hjá börnum sem hafa búið við langvarandi streituvaldandi aðstæður eins og t.d. ofbeldi á heimili. Rannsóknir hafa þannig endurtekið sýnt tengsl milli ÁSR og ADHD en börn með ADHD sýna hærri tíðni ÁSR miðað við almennt þýði (Weinstein, Staffelbach og Biaggio, 2000). Flestir rannsakendur

hafa skýrt þessi tengsl með tvennskonar hætti annars vegar að börnum með ADHD sé hættara við að þróa með sér ÁSR og ADHD sé því áhættuþáttur fyrir ÁSR (Biederman o.fl., 2014). Hins vegar hafa tengslin verið skýrð með skörun einkenna milli ADHD og ÁSR. Þannig skarast sum þeirru þrálátu einkenna ofurárvekni í ÁSR á við ýmis ADHD einkenni eins og svefnerfiðleika, miklar vökur, þirring eða reiði og erfiðleika með einbeitingu (Famularo, Fenton, Kinscherff og Augustyn, 1996; Weinstein, Staffebach og Biaggio, 2000).

Margir rannsakendur hafa bent á að þau einkenni sem DSM-IV telur upp í viðbótarkafla við ÁSR sem tengdir lýsandi þættir, lýsi í raun áfallaeinkennum þeirra sem búið hafa við langvarandi streituvaldandi aðstæður af mannavöldum. Í kaflanum eru tilgreind áfallaeinkenni sem geti birst hjá einstaklingi í kjölfar áfalls, og sjáist oftast hjá einstaklingum sem verði fyrir áfalli af mannavöldum eins og kynferðisofbeldi, líkamlegu ofbeldi og/eða heimilisofbeldi. Einkennin eru; skortur á stjórnun tilfinninga, sjálfsskaðandi og hvatvís hegðun, einkenni aðgreiningar frá veruleikanum (*dissociative symptoms*), líkamlegar umkvartanir, skömm, örvænting eða vonleysi, tilfinningar um að vera varanlega skemmdur, breyting á viðhorfum, árásgirni, félagsleg einangrun, upplifa stöðuga ógn, erfiðleikar með nánin sambönd og breyting á persónuleikaeinkennum einstaklingsins (APA, 2000). Innan áfallafræðanna telja margir rannsakendur að þessi einkenni lýsi í raun sérkennum áfallaeinkenna þeirra sem búið hafa við langvarandi streituvaldandi aðstæður af mannavöldum og lagt til að nýr greiningarflokkur ýmist nefndur „Flókin ÁSR“ (*complex PTSD*) eða „Þroska ÁSR“ (*developmental PTSD*) yrði búin til, til að auðvelda skimun, greiningu og meðferð fyrir þennan hóp (van der Kolk o.fl., 2005; Spinazolla o.fl., 2005; Stolbach o.fl., 2013). Í nýútgefnum DSM-5 frá árinu 2013 má sjá að ýmsar breytingar hafa verið gerðar á greiningarskilmerkjum ÁSR til að bregðast við þeim annmörkum sem fylgdu DSM-IV, en eins og áður kom fram þá er DSM-5 nýútkominn og því lítil reynsla komin á notkun hans og því eiga rannsóknir eftir að leiða það í ljós hvernig DSM-5 mun reynast við greiningu áfallaeinkenna hjá börnum sem búið hafa við ofbeldi á heimili (APA, 2013).

Í ljósi þess sem hér hefur verið greint frá, um hversu skaðlegar afleiðingar áföll og langvarandi streituvaldandi aðstæður geta haft á þroska og geðheilsu barna er mikilvægt að börn fái viðeigandi greiningu og meðferð á vanda sínum. Fjöldi rannsókna á fullorðnum einstaklingum sem hafa þróað með sér áfallastreitu í kjölfar áfalla í æsku hafa sýnt að meðferð geti reynst mjög erfið og því er eindregið mælt með snemmtækri

íhlutun (Cohen, Mannarino og Deblinger, 2006; Cohen, Mannarino, Murray og Igelman, 2006).

## **Kvíði**

### *Flokkun kvíðaraskana og einkenni*

Kvíðaraskanir eru meðal algengustu sálrænna kvilla hjá börnum og unglingum en faraldsfræðilegar rannsóknir sýna tíðni kvíðaraskana frá 6 til 15% (Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Kvíði er tilfinning sem allir kannast við, hann er hluti af varnarkerfi líkamans, skerpir athygli og gerir manningum kleift að bregðast við ef hætta steðjar að, hóflegur kvíði er því í senn nauðsynlegur og eðlilegur. Hins vegar getur óhóflegur kvíði orðið mjög hamlandi og þróast út í kvíðaröskun sem getur verið langvinn og staðið í vegi fyrir eðlilegum þroska barna og unglunga (Costello, Egger, Copeland, Erkanli og Angold, 2005).

Kvíði hefur víðtæk áhrif og birtist í hugsun, líðan, líkamlegum einkennum og hegðun en það sem einkennir kvíða er óhóflegur ótti og miklar áhyggjur sem valda sterkum líkamlegum einkennum eins og t.d. örum hjartslætti og mikilli vanlíðan sem veldur því að sá sem haldinn er kvíða reynir að flýja eða forðast aðstæður sem vekja kvíðaviðbrögðin (Greco og Morris, 2004; APA, 2000; Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Samkvæmt DSM-IV eru kvíðaraskanir meðal barna alls níu talsins; aðskilnaðarkvíði (*separation anxiety disorder*), kjörþögli (*selective mutism*), einföld fælni (*specific phobia*), félagsfælni (*social phobia*), árattu- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder*), felmtursröskun (*panic disorder*), ofkvíðaröskun (*generalized anxiety disorder*), áfallastreituröskun (*post traumatic stress disorder*) og bráðastreituröskun (*acute stress disorder*) (APA,2000). Greiningarskilmerki hvernar kvíðaröskunar taka mið af því að hverju kvíðinn beinist, skilmerkin eru því um margt ólík en hér verður ekki fjallað ítarlega um hverja röskun fyrir sig heldur verður aðeins gefið stutt yfirlit yfir helstu einkenni hvernar röskunar samkvæmt DSM-IV sem sjá má í töflu 4 (APA, 2000).

Tafla 4. Yfirlit yfir kvíðaraskanir og helstu einkenni þeirra samkvæmt DSM-IV-TR

---

*Aðskilnaðarkvíði*

Yfirdrifinn ótti við aðskilnað frá foreldrum eða umsjáraðilum. Helstu einkenni röskunarinnar eru hræðsla eða áhyggjur um að eitthvað slæmt komi fyrir foreldrana, barnið neitar að fara í skóla, fara eitt að sofa eða vera frá foreldrum sínum yfir nótt, martraðir og kvartanir vegna líkamlegra verkja eins og höfuð- og magaverkja algengar þegar aðskilnaður við foreldra er yfirvofandi. Röskunin kemur oft fram í kjölfar áfalls eða mikilla breytinga á högum barnsins eins og t.d. eftir langt frí, flutninga, dauðsfall eða alvarlegra veikinda (APA, 2000).

*Kjörþögli*

Tala ekki við vissar aðstæður þar sem þess er krafist eins og t.d. í skóla en samskiptin eru eðlileg við aðrar aðstæður eins og t.d. heima við. Röskunin er ekki tilkomin vegna mál- eða talörðugleika og verður að vera til staðar í a.m.k. einn mánuð (APA, 2000).

*Einföld felni*

Yfirdrifinn ótti við afmarkað áreiti eða aðstæður, oft dýr, veður, vatn, einnig lofthræðsla, flughræðsla og innilokunarkennd. Viðbrögð barns við óttatengda áreitinu eða aðstæðunum geta birst í skapofsaköstum, gráti, hanga í foreldrum eða frjósa. Óttinn þarf að hafa staðið yfir í a.m.k. 6 mánuði (APA, 2000).

*Félagsfelni*

Yfirdrifinn ótti við félagslegar aðstæður og frammistöðukvíði, hræðsla við að verða sér til skammar og verða hafnað. Barnið óttast að aðrir sjái að það sé kvíðið sem veldur því að barnið forðast félagslegar aðstæður meðal jafnaldra og fullorðinna (APA, 2000).

*Áráttu- og þráhyggjuröskun*

Þráhyggja felur í sér þrálátar hugsanir, ímyndir og hvatir sem viðkomandi upplifir ágengar og óviðeigandi og valda miklum kvíða og vanlíðan. Barnið reynir að bæla, hunsa eða vinna á móti þessum hugsunum eða hvötum með annari hugsun eða gjörðum. Áráttu felur í sér endurtekna hegðun eða hugsun eins og t.d. að þvo sér, raða hlutum, athuga hluti, telja eða biðja, með það að markmiði að draga úr áhyggjum og/eða koma í veg fyrir að eitthvað hræðilegt gerist. Bæta við er oftast bæði en getur líka verið bara áráttu eða bara þráhyggja (APA, 2000).

*Felmtursröskun*

Samanstendur af a.m.k. tveimur felmturköstum eða ofsakvíðaköstum (panic attack) sem fela í sér yfirdrifinn ótta og vanlíðan sem birtast í yfirþyrmandi líkamlegum og hugrænum einkennum eins og t.d. aukinn hjartsláttur, köfnunartilfinning, svimi og yfirlíðstilfinning, kuldaköst eða hrollur, verkur fyrir brjóst, óraunveruleikatilfinning, skjálfti, ótti við að missa tökin eða deyja. Til þess að flokkast undir ofsakvíðakast þá þurfa að fylgja einkenni kvíða í a.m.k. mánuð eftir að kast hefur átt sér stað eins og t.d. áhyggjur af því að annað kast muni eiga sér stað, áhyggjur af afleiðingum þeirra og/eða mikil breyting á hegðun (APA, 2000).

*Ofkvíðaröskun*

Yfirdrifinn kvíði og viðvarandi, óhóflegar áhyggjur flesta daga sem ná yfir mörg svið og barnið upplifir erfiðleika við að stjórna þeim. Kvíðinn þarf að hafa verið til staðar í a.m.k. sex mánuði og helstu einkenni röskunarinnar eru eirðarleysi, orkuleysi, einbeitingarskortur, pirringur, vöðvaspenna og svefntruflanir (APA, 2000).

*Áfallastreituröskun*

Einkenni sem koma fram í kjölfar alvarlegra atburða þar sem eigin öryggi eða öryggi annarra er ógnað og viðbrögð einstaklings einkennast af miklum ótta, hjálparleysi eða hryllingi en einkennin geta birst sem ruglingsleg eða æst hegðun hjá börnum. Helstu einkenni röskunarinnar eru þrálátar endurupplifanir áfallsins, þrálát forðun frá áreitum sem minna á áfallið og þrálát ofurárvekni/aukun örvun (APA, 2000).

*Bráðastreituröskun*

Einkenni sem koma fram í kjölfar alvarlegra atburða þar sem eigin öryggi eða annarra er ógnað, einninn eru svipuð og einkenni áfallastreituröskunar nema þau koma fyrr fram og standa skemur auk þess sem röskunin felur í sér einkenni aðgreiningar frá veruleikanum eins og dofa, óraunveruleikakennd eða minnistap (APA, 2000).

---

(APA, 2000)

Í þessari rannsókn gerði höfundur skil á áfallastreituröskun og bráðastreituröskun í sérkafla sem sjá má á bls. 34, því verður ekki fjallað frekar um þær raskanir í þessum kafla rannsóknarinnar heldur einungis áréttað að áfallastreituröskun og bráðastreituröskun eru flokkaðar undir kvíðaraskanir samkvæmt DSM-IV.

Greiningarskilmerki allra kvíðaraskana samkvæmt DSM-IV gera kröfu um að einkenni röskunarinnar valdi mikilli vanlíðan og/eða hafi hamlandi áhrif á daglegt líf einstaklingsins hvað varðar virkni eins og t.d. félagsleg samskipti, ástundun tómsstunda, mætingu í skóla eða á félagslega viðburði o.fl. (APA, 2000). Þessi þáttur er mikilvægur þegar kemur að því að greina á milli barna sem sýna eðlilegan eða sjúklegan kvíða þar sem ótti og hræðsla er eðlilegur og nauðsynlegur þáttur í þroskaferli barna þegar þau smám saman læra á umhverfi sitt með auknum aldri og þroska, þannig er t.d. algengt og með öllu eðlilegt að ung börn óttist aðskilnað frá foreldrum og myrkur. Því er mikilvægt að greina hvort kvíðinn sé aldursvarandi og því eðlilegur eða hvort kvíðinn valdi barninu vanlíðan og/eða hamli virkni (Muris o.fl., 1998). Við greiningu kvíðaraskana hjá börnum þarf einnig að gæta sérstaklega að þroskatengdum þáttum, börn hafa ekki sömu færni og fullorðnir til að tjá sig um hugsanir, tilfinningar og líðan og því þarf ávallt að huga að því hjá börnum við greiningu kvíðaraskana að hún sé aldurs- og þroskamiðuð (Campbell, Rapee og Spence, 2000).

Misjafnt er eftir því um hvaða tegund kvíðaröskunar er að ræða við hvaða aldur algengast sé að röskunin komi fram. Aðskilnaðarkvíði og einföld fælni kemur oft fram snemma eða að meðaltali við sjö ára aldur, ofkvíðaröskun og árátta- og þráhyggjuröskun kemur fram seinna eða að meðaltali við níu til tíu ára aldur, algengt er að félagsfælni komi fyrst fram við upphaf unglingsáranna en felmtursröskun síðar eða um 15 ára aldur (Silverman og Dick-Niederhauser, 2004).

### *Tíðni*

Faraldsfræðilegar rannsóknir á tíðni kvíðaraskana hjá börnum og unglíngum sýna nokkra breidd í tíðni og hafa ástæður þess helst verið raktar til þess breytileika sem er til staðar milli rannsókna t.d. aldur þátttakenda, mismunandi matstæki, upplýsingagjafar (sjálfsmat, mat foreldra), tölfræðileg vinnsla og flokkunarkerfi (DSM-III, DSM-IV og ICD-10) (Greco og Morris, 2004). Í nýlegri úttekt frá árinu 2009 þar sem teknar voru saman niðurstöður 20 faraldsfræðilegra rannsókna á tíðni kvíðaraskana hjá börnum og unglíngum í Evrópu, Bandaríkjunum, Kanada, Nýja Sjálandi og Thailandi kom fram að

lífstíðaralgengi væri að meðaltali á bilinu 15 til 20% (Beesdo, Knappe og Pine, 2009). Í annarri úttekt frá árinu 2005 þar sem niðurstöður yfir 30 faraldsfræðilegra rannsókna á tíðni geðraskana hjá börnum og unglingum voru greindar kom fram að tíðni kvíðaraskana var að meðaltali 8% en mikill munur var á tíðni eftir rannsóknum eða frá 2 til 24% (Costello, Egger og Angold, 2005). Samkvæmt þessu mætti því álykta að í 20 manna bekk í grunnskóla væru líklega tvö til fjögur börn í bekknum að stríða við einhvers konar kvíðaröskun.

Töluverður munur er á tíðni kvíðaraskana eftir aldri, almennt eykst tíðni kvíðaraskana með aldri, er fremur sjaldgæf á leikskólaaldri, eykst við skólaaldur og þegar unglingsárin taka við þá eykst tíðnin enn frekar (Wittchen, Lecrubier, Beesdo og Nocon, 2003; Costello, Egger, Copeland, Erkanli og Angold, 2005). Einnig er töluverður munur á tíðni kvíðaraskana eftir tegundum, tíðni kjörþögli er mjög lág eða um 0,5%, árátta- og þráhyggja 1 til 2%, félagsfælni 0,5 til 2,8%, ofkvíðaröskun 0,4 til 4,2%, felmtursrökun 0,5 til 5,3%, einföld fælni 3 til 10%, aðskilnaðarkvíði 2 til 12,9% (Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Kjörþögli og árátta- og þráhyggja eru því meðal sjaldgæfustu kvíðaraskana en einföld fælni og aðskilnaðarkvíði meðal þeirra algengustu.

Kynjamunur er ríkjandi í kvíðaröskunum, stúlkur eru mun líklegri heldur en drengir til þess að greinast með kvíðaröskun og á það við um allar tegundir kvíðaraskana þó hlutfallið sé mishátt eftir tegundum. Kynjamunur eykst einnig með aldri og benda rannsóknir til að hlutfallið milli stúlkna og drengja við unglingsárin sé 2:1 (Beesdo, Knappe og Pine, 2009).

### *Áhættuþættir og fylgikvillar*

Margvíslegir þættir eru taldir geta aukið líkur á að barn þrói með sér kvíðaröskun. Lýðfræðilegir þættir eins og kyn og aldur eru taldir sterkir áhættuþættir, stúlkur eru mun líklegri en drengir til að þróa með sér kvíðaröskun og líkurnar á því að greinast með kvíðaröskun aukast með aldri (Wittchen o.fl., 2003; Costello, Egger, Copeland o.fl., 2005; Beesdo, Knappe og Pine, 2009). Líffræðilegir þættir eins og erfðir og skapgerð barns hafa einnig sýnt tengsl við aukna áhættu á þróun kvíðaraskana hjá börnum. Þannig eru börn sem eiga foreldra með kvíðaröskun líklegri til þess að þróa með sér kvíðaröskun heldur en börn sem eiga foreldra sem ekki hafa greinst með kvíðaröskun (Costello o.fl., 2003). Þá sýna rannsóknir hærri tíðni kvíðaraskana hjá börnum sem frá fyrstu tíð sýna hömlur í hegðun (*behavioral inhibition*) sem er heiti yfir tiltekna

skapgerð sem talin er vera meðfædd og einkennast af tilhneigingu til að sýna ótta og forðun í ókunnum aðstæðum, feimni, hræðslugirni og varkárni (Biederman o.fl., 2001). Uppeldisaðferðir foreldra eru einnig talin geta haft áhrif. Í tvíburarannsókn frá árinu 2000 voru athuguð tengsl milli uppeldisaðferða foreldra (ofverndandi, stjórnandi, lítill ástúð) og kvíðaraskana hjá 1033 konum. Niðurstöður sýndu að uppeldisaðferðir sem einkenndust af ofverndun sýndu sterk tengsl við aukna áhættu á að greinast með kvíðaröskun á fullorðinsárum en uppeldisaðferðir sem einkenndust af lítilli ástúð og mikilli stjórnun (*authoritarianism*) sýndu einnig tengsl en þau voru hógvær (Kendler, Meyers og Prescott, 2005). Flestar rannsóknir sýna sterk tengsl á milli erfiðrar lífsreynslu og kvíðaraskana, þar á meðal skilnaður foreldra, vanræksla, erfið fjárhags- og félagsleg staða, geðheilsa foreldra og áföll af ýmsu tagi eins og andlát foreldris eða kynferðislegt eða líkamlegt ofbeldi (Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Það eru því margir þættir sem geta aukið áhættuna á að barn þrói með sér kvíðaröskun og oft flókið samspil milli líffræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra þátta.

Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna og rannsókna á klínískum úrtökum sýna að allt að 65% barna og unglunga sem greinast með kvíðaröskun greinast einnig með aðra geðröskun (Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Mikill samsláttur er á milli mismunandi tegunda kvíðaraskana, einkenni þeirra skarast oft sem gerir aðgreiningu milli kvíðaraskana oft erfiða við greiningu. Sá sem greinist með eina tegund kvíðaröskunar er í aukinni áhættu á að greinast einnig með aðra tegund kvíðaröskunar (Wittchen o.fl., 2003). Þunglyndi er algengur fylgikvilli kvíðaraskana, svo algengur að sumir telja kvíða vera forvera þunglyndis þar sem rannsóknir sýna að frá 11 til 69% barna sem eru greind með kvíðaröskun greinast einnig með þunglyndi (Chavira, Stein, Bailey og Stein, 2004; Brady og Kendall, 1992).

Kvíðaraskanir eru einnig mjög algengur fylgikvilli annarra raskana og þá sérstaklega hegðunarkvilla eins og mótþróaþrjóskuröskurnar (*oppositional defiant disorder*) og ADHD (Russo og Beidel, 1994). Í afturvirkri rannsókn frá árinu 2007 voru fylgikvillar kvíðaraskana athugaðir, rannsakendur greindu gagnasafn úr langtímarannsókn frá Nýja Sjálandi þar sem heilum fæðingarárgangi eða 1139 börnum var boðin þátttaka í rannsókn sem samanstóð af fjölmörgum athugunum á bæði líkamlegri og andlegri heilsu, alls tóku 91% þeirra sem var boðin þátttaka þátt í rannsókninni eða 1037 börn og athuganir voru framkvæmdar við 5,7,9,11,13,15,18,21,26 og 32 ára aldur. Niðurstöður sýndu að 2 til 9% þátttakenda voru

greindir með einhvers konar kvíðaröskun við 32 ára aldur og yfir 75% þeirra höfðu áður verið greindir með einhvers konar kvíðaröskun og ríflega þriðjungur hafði verið greindur með kvíðaröskun fyrir 15 ára aldur. Auk þess höfðu langflestir þeirra sem greindir voru með kvíðaröskun við 32 ára aldur eða 88-100% verið greindir áður með einhvers konar geðröskun (Gregory o.fl., 2007).

Sú flóttá og forðunarhegðun, sem er ríkjandi í kvíðaröskunum og á stóran þátt í viðhaldi þeirra með neikvæðri styrkingu, getur haft alvarlegar sálfélagslegar afleiðingar. Börn og unglingar með kvíðaraskanir eru líklegri til að sýna lélegri námsframvindu og skólasókn, lenda í tíðum árekstrum innan fjölskyldu, þau forðast oft félagsleg samskipti og mætingu á félagslega viðburði sem getur leitt til einangrunar og þau fara oft á mis við þátttöku í tómsundum eða félagsstörfum t.d. í skóla (Beesdo, Knappe og Pine, 2009), allt eru þetta þættir sem geta haft víðtæk og langvarandi áhrif á þroska þar sem kvíðaröskunin getur valdið því að barnið eða unglingurinn missir af tækifærum til þroska á mörgum sviðum eins og t.d. í mannlegum samskiptum, félagsfærni og verða af ánægjulegum athöfnum sem venjuleg börn upplifa í daglegu lífi. Mikilvægt er að beita snemmtækri íhlutun þegar kemur að kvíðaröskunum þar sem rannsóknir sýna að einkenni kvíðaraskana versna með tímanum og eins og fram hefur komið, auka líkurnar á öðrum geðröskunum auk þess sem rannsóknir hafa endurtekið sýnt fram á sterk tengsl kvíðaraskana við þróun áfengis- og vímuefnavanda (Costello o.fl., 2003; Gregory o.fl., 2007).

#### *Börn sem búa við ofbeldi á heimili og kvíði*

Börn sem búa við heimilisofbeldi búa við stöðugar streituvaldandi aðstæður þar sem þau vita ekki hvenær ofbeldið byrjar næst, algengt er að þau reyni að þekkja merkin um að ofbeldi sé yfirvofandi til að reyna að koma í veg fyrir að ofbeldi eigi sér stað eða til að ná að forða sér áður en ofbeldið hefst. Börn sem búa við slíkar aðstæður búa ekki við það öryggi sem er börnum nauðsynlegt til þess að þroskast og dafna á eðlilegan hátt heldur búa þau við aðstæður þar sem stöðug spennan og stjórnleysi ríkir en slíkar uppeldisaðstæður eru kjöraðstæður eða jarðvegur fyrir þróun kvíðaraskana. Enda sýna rannsóknir að börn sem hafa búið við ofbeldi í æsku eru í aukinni áhættu á að þróa með sér kvíðaraskanir (Crooks og Wolfe, 2007; Kessler o.fl., 1997; Evans, Davies og DiLillo, 2008).



Fáar rannsóknir hafa þó verið gerðar á áhrifum mismunandi tegunda ofbeldis og annars konar illrar meðferðar á kvíðaeinkenni barna. Ein nýleg rannsókn frá árinu 2010 gerði ítarlega greiningu á áhrifum mismunandi tegunda ofbeldis á kvíðaeinkenni út frá gögnum sem safnað hafði verið í langtímarannsókn í Hollandi sem samanstóð af fjölda athugana sem byggðu á stöðluðum sálfræðilegum matskvörðum, á sálfélagslegri líðan og hegðun þátttakenda. Þátttakendur voru á aldrinum 18-65 ára og höfðu allir verið greindir með kvíða eða þunglyndi. Rannsóknin fól í sér samanburð á þeim þátttakendum sem höfðu verið greindir með kvíða í fyrrgreindri rannsókn við annan hóp einstaklinga sem ekki höfðu greinst með kvíða, þunglyndi eða aðrar geðraskanir. Þátttakendum var skipt í tilraunahóp sem samanstóð af 1738 einstaklingum sem höfðu greinst með kvíða og samanburðarhóp sem samanstóð af 498 einstaklingum sem höfðu ekki verið greindir með kvíða. Niðurstöður sýndu að þátttakendur í tilraunahóp voru mun líklegri til að vera þolendur líkamlegs ofbeldis á heimili og einnig líklegri til að vera þolendur annars konar sálræns ofbeldis á heimili heldur en samanburðarhópur þrátt fyrir að stjórnað væri fyrir aldri, kyni, annars konar ofbeldi eða illri meðferð og fylgikvillum. Þá voru einnig birtar niðurstöður á samanburði kvíðaeinkenna eftir því hvort þátttakendur höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi, niðurstöður sýndu að ekki var marktækur munur á kvíðaeinkennum eftir því hvort þátttakendur höfðu verið beittir líkamlegu eða sálrænu ofbeldi (Spinhoven o.fl., 2010). Rannsóknir benda því til þess að börn sem búa við líkamlegt eða annars konar sálrænt ofbeldi á heimili í barnæsku séu í aukinni áhættu á að þróa með sér kvíðaraskanir og að ekki sé marktækur munur á kvíðeinkennum eftir því hvort barn sé beitt líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi. Því er mikilvægt að huga vel að kvíðaeinkennum við mat og meðferð hjá börnum sem hafa búið við ofbeldi á heimili, sérstaklega í ljósi þess sem hér hefur verið rakið á undan, að kvíðaraskanir eru oft langvinnar og geta haft margvíslegar og alvarlegar sálfélagslegar afleiðingar.

## **Punglyndi**

### *Greiningarskilmerki og einkenni*

Samkvæmt DSM-IV þá tilheyrir alvarlegt þunglyndi (*major depressive disorder*) flokki einskauta (*unipolar*) lyndisraskana ásamt óyndi eða vægu þunglyndi (*dysthymia*) (APA, 2000). Þunglyndi er fremur sjaldgæf röskun hjá börnum en talið er að allt að 3% barna greinist með röskunina en tíðnin eykst hins vegar margfalt þegar unglingsárin taka við en talið er að allt að 10-20% unglunga greinist með þunglyndi (Rudolph og Lambert, 2007). Óyndi er vægt en langvarandi þunglyndi en til þess að uppfylla greiningarskilmerki röskunarinnar þurfa einkennin að vera viðvarandi þ.e. einstaklingur þarf að sýna lækkað geðslag (getur birst sem þirringur hjá börnum og unglungum) mest allan daginn, flesta daga samkvæmt eigin mati eða mati annarra í a.m.k. tvö ár, en hjá börnum og unglungum er viðmiðið eitt ár. Auk þess þarf einstaklingurinn að sýna tvö eða fleiri af eftirfarandi einkennum; lítil matarlyst eða ofát, svefnleysi eða ofsyfja, orkuleysi eða þreyta, lágt sjálfsmat, erfiðleikar með einbeitingu eða ákvarðanatöku, vonleysi. Einstaklingurinn má ekki hafa náð greiningarskilmerkjum alvarlegrar geðlæggðar né vera einkennalaus lengur en tvo mánuði í senn (APA, 2000).

Til þess að uppfylla greiningarskilmerki alvarlegs þunglyndis þarf einstaklingur að hafa fengið eina eða fleiri lotur alvarlegrar geðlæggðar. Alvarleg geðlæggð einkennist af tímabili sem varir í a.m.k. tvær vikur þar sem einstaklingur sýnir lækkað geðslag og/eða missir ánægju eða áhuga á því sem áður gladdi og auk þess þarf viðkomandi að sýna fimm einkenni þunglyndis til viðbótar, en börn og unglingar þurfa að sýna fjögur önnur einkenni. Einkennin þurfa að vera viðvarandi þ.e. einkennin eru til staðar mest allan daginn, næstum alla daga og hafa mikil áhrif á daglegt líf þess sem við það glímir (APA, 2000). Greiningarskilmerki alvarlegrar geðlæggðar samkvæmt DSM-IV má sjá í töflu 5.

Tafla 5. Greiningarskilmerki alvarlegrar geðlægdar samkvæmt DSM-IV-TR

- A. Fimm (eða fleiri) af eftirfarandi einkennum eru til staðar í tvær vikur og a.m.k. eitt af einkennum annaðhvort (1) geðlægd eða (2) minnkun ánægju eða áhugaleysi:
1. Geðlægd allan daginn, næstum alla daga sem einstaklingur lætur sjálfur í ljós eða samkvæmt mati annarra. **Pirringur er algengt einkenni meðal barna og unglunga.**
  2. Áberandi minnkaður áhugi og ánægja í næstum öllum athöfnum, næstum alla daga.
  3. Breyting í þyngd, annaðhvort þyngdartap eða þyngdaraukning og breyting á matarlyst. **Meðal barna getur það falist í því að þau ná ekki þyngdarviðmiðum.**
  4. Svefnleysi næstum allar nætur.
  5. Hægar hreyfingar.
  6. Orkuleysi næstum alla daga.
  7. Tilfinningar um að vera einskis nýt(ur) og mikil sektarkennd.
  8. Erfiðleikar með einbeitingu og ákvarðanatöku næstum alla daga.
  9. Endurteknar hugsanir um dauðann, ekki bara hræðsla við að deyja, og endurteknar sjálfsvígshugleiðingar eða sjálfsvígstilraunir.
- B. Einkenni mega ekki vera vegna blandaðrar lotu (*mixed episode*)
- C. Einkenni valda mikilli vanlíðan og/eða truflun í félagslegum samskiptum, skóla- eða atvinnuþátttöku eða á öðrum mikilvægum sviðum.
- D. Einkenni mega ekki vera vegna misnotkunar vímuefna eða líkamlegra sjúkdóma.
- E. Einkenni eru ekki betur útskýrð vegna sorgar, þ.e. vegna andláts ástvarnar.

(APA, 2000)

Greiningarskilmerki þunglyndis fyrir börn og unglunga eru að mestu þau sömu og fyrir fullorðna samkvæmt DSM-IV, eini munurinn er sá að þau þurfa að uppfylla færri einkenni alvarlegrar geðlægdar og óyndi þarf að hafa varað skemur auk þess sem gert er ráð fyrir að einkenni lækkaðs geðslags geti birst sem pirringur hjá börnum og unglungum. Rannsóknir sýna hins vegar að birtingarmynd einkenna hjá börnum getur verið mjög ólík birtingarmynd einkenna fullorðinna. Þannig eru grátur, skapsveiflur og líkamlegir verkir algeng einkenni hjá ungum börnum; pirringur, félagsleg einangrun, slök námsframvinda og langvarandi dapurlyndi algeng einkenni hjá börnum á skólaaldri; en við unglingsaldurinn fara einkennin að líkjast meir einkennum fullorðinna (Avenevoli, Knight, Kessler og Merikangas, 2008; Luby, Xumei, Belden, Tandon og Spitznagel, 2009; Bhatia og Bhatia, 2007). Greiningarskilmerkin hafa því verið gagnrýnd fyrir að vera ekki nægjanlega aldurs- og þroskamiðuð og því til stuðnings hafa komið fram rannsóknir sem sýna að ákveðinn hluti barna og unglunga sýna einkenni þunglyndis sem valda markverðri skerðingu í virkni daglegs lífs en ná engu að síður ekki

þeim klínískum viðmiðum sem DSM-IV gerir til að greinast með röskunina (Angold, Costello, Farmer, Burns og Erkanli, 1999; Weiss og Garber, 2003).

### *Tíðni*

Faraldsfræðilegar rannsóknir á tíðni þunglyndis hjá börnum og unglíngum sýna töluverðan mun á tíðni þunglyndis milli rannsókna en talið er að allt að 3% barna og 10-20% unglínga greinist með þunglyndi, en tíðnin hefur farið vaxandi síðastliðna áratugi og vísbendingar eru um að tíðnin sé enn að aukast (Rudolph og Lambert, 2007; Luby o.fl., 2009; Avenevoli o.fl., 2008). Í stórri afturvirkri faraldsfræðilegri rannsókn frá árinu 2002 þar sem gögn úr langtímarannsókn voru notuð til að greina tíðni þunglyndis hjá 1265 börnum frá Nýja Sjálandi sem var fylgt eftir yfir 21 árs tímabil sýndu niðurstöður að 13% þátttakenda höfðu þróað með sér þunglyndi fyrir 16 ára aldur (Fergusson og Woodward, 2002).

Töluverður munur er á tíðni þunglyndis eftir aldri og tegund þunglyndis. Tíðni þunglyndis eykst með aldri, röskunin er sjaldgæf hjá börnum en þegar á unglingsaldur er komið margfaldast tíðnin. Tíðni óyndis og alvarlegs þunglyndis er svipuð meðal barna, en tíðni alvarlegs þunglyndis er hærri en tíðni óyndis meðal unglínga (Kim-Cohen o.fl., 2003; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler og Angold, 2003). Rannsóknir almennt sýna ekki marktækan kynjamun á tíðni þunglyndis hjá börnum, en á milli 13 til 15 ára aldurs eykst tíðnin verulega hjá stúlkum og við 18 ára aldur greinast helmingi fleiri stúlkur en drengir með þunglyndi (Hankin o.fl., 1998).

### *Áhættuþættir og fylgikvillar*

Þunglyndi er langvinnur kvilli en talið er að allt að 84% þeirra sem greinast með röskunina á barns- eða unglingsaldri muni eiga við þunglyndi að stríða á fullorðinsárum (Harrington, Rutter og Frombonne, 1996). Í langtímarannsókn Kim-Cohen o.fl. þar sem þróun þunglyndis var athuguð hjá 976 þátttakendum sýndu niðurstöður að yfir 52% þeirra sem voru greind með þunglyndi við 26 ára aldur höfðu verið greind með þunglyndi fyrir 15 ára aldur (Kim-Cohen o.fl., 2003). Saga um þunglyndi í æsku er því sterkur áhættuþáttur fyrir þunglyndi á fullorðinsárum. Margir aðrir þættir eru taldir til áhættuþátta þunglyndis þar á meðal lýðfræðilegir þættir eins og kyn og aldur. Almennt aukast líkurnar á að greinast með þunglyndi eftir aldri hjá báðum kynjum en við kynþroskaaldur aukast líkurnar margfalt meira hjá stúlkum en drengjum (Hankin o.fl.,

1998). Niðurstöður fjölskyldu- og tvíburarannsóknna sýna sterkan erfðafræðilegan þátt í þróun þunglyndis, börn þunglyndra foreldra eru allt að fjórum sinnum líklegri til þess að greinast með alvarlegt þunglyndi heldur en börn foreldra sem ekki hafa greinst með þunglyndi (Rice, Harold og Thapar, 2002). Streita sýnir einnig sterk tengsl við þróun þunglyndis, rannsóknir sýna að börn og unglingar sem upplifa ýmiss konar erfiðleika eins og t.d. skilnað foreldra, erfiðar fjölskylduaðstæður, eða verða fyrir áföllum eins og t.d. alvarlegum veikindum, andláti foreldris eða ofbeldi, eru í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi (Crooks og Wolfe, 2007; Wolfe, 2007). Ýmsir þættir geta því stuðlað að þróun þunglyndis hjá börnum og unglingum og oftast er um flókið samspil milli líffræðilegra-, erfða- og umhverfisþátta.

Mikill samsláttur er á milli þunglyndis- og kvíðaraskana. Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna og rannsókna á klínískum úrtökum sýna að um 39% barna og unglunga sem greinast með þunglyndi greinast einnig með kvíðaröskun (Angold, Costello og Erkanli, 1999), og 11 til 69% barna og unglunga sem eru greind með kvíðaröskun greinast einnig með þunglyndi (Chavira o.fl., 2004; Brady og Kendall, 1992). Þunglyndi er mjög algengur fylgikvilli annarra raskana og þá sérstaklega hegðunarkvilla eins og hegðunarröskunar (*conduct disorder*), mótþróaþrjúskuröskunar (*oppositional defiant disorder*), einnig ADHD (Angold, Costello og Erkanli, 1999), áfengis og vímuefnaraskana og átraskana (Lewinsohn, Hoops, Roberts, Seeley og Andrews, 1993). Þunglyndi er alvarleg geðröskun sem getur haft mjög víðtæk og langvarandi sálfélagsleg áhrif á líf þess sem við það glímir. Í rannsókn Fergusson og Woodward á langtímaafleiðingum þunglyndis sýndu niðurstöður að þeir þátttakendur sem greindust með þunglyndi í æsku voru í aukinni áhættu á fullorðinsárum að; eignast börn á unga aldri, vera með litla menntun, misnota áfengi, greinast með aðrar geðraskanir, vera atvinnulausir og hafa gert tilraun til sjálfsvígs (Fergusson og Woodward, 2002; Kilpatrick o.fl., 2003). En alvarlegasta afleiðing þunglyndis er sjálfsvíg. Í rannsókn sem byggði á þjóðarúrtaki á tíðni sjálfsvígshugsana og tíðni sjálfsvígstilrauna hjá 1769 bandarískum unglingum og ungu fólki sýndu niðurstöður að 41% þeirra sem greindust með þunglyndi greindu frá sjálfsvígshugsunum og 21,9% þeirra sem voru greindir með alvarlegt þunglyndi höfðu reynt að taka líf sitt (Kessler og Walters, 1998). Því er ljóst að þunglyndi hjá börnum og unglingum getur haft alvarlegar afleiðingar og gefið forspá um líðan á fullorðinsárum.

### *Börn sem búa við ofbeldi á heimili og þunglyndi*

Rannsóknir hafa endurtekið sýnt að streita er sterkur áhættuþáttur fyrir þróun þunglyndis (Crooks og Wolfe, 2007; Wolfe, 2007). Börn sem búa við óviðunandi aðstæður í æsku eins og ofbeldi á heimili eru því í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi þar sem ofbeldi er óumdeilanlega streituvaldandi fyrir þá sem við það búa. Í breskri rannsókn á sálfélagslegum afleiðingum illrar meðferðar í æsku hjá börnum og unglingum sýndu niðurstöður að slík reynsla spáði betur fyrir um langvinnt þunglyndi heldur en fyrri saga um þunglyndi, aldur við upphaf fyrstu þunglyndislotu og persónuleikaraskanir (Brown og Moran, 1994).

Fjöldi faraldsfræðilegra rannsókna sem byggja á þjóðarúrtökum hafa athugað áhrif ofbeldis í æsku og niðurstöður þeirra sýna að börn og unglingar sem hafa búið við ofbeldi á heimili eru í margfalt meiri áhættu á að þróa með sér þunglyndi eða frá tvöfalt til fimmfalt meiri áhættu heldur en börn sem hafa ekki búið við ofbeldi (Lansford o.fl., 2002; Brown, Cohen, Johnson og Smailes, 1999; Lumley og Harkness, 2007; Kessler o.fl., 1997; Kilpatrick o.fl., 2003) auk þess sem þau eru líklegri til að eiga endurtekna sögu um sjálfsvígstilraunir (Ystgaard o.fl., 2004). Áhrif ólíkra tegunda ofbeldis á þróun þunglyndis hefur einnig verið athuguð. Í þjóðarúrtaksrannsókn Kilpatrick og félagar frá árinu 2003 var gerð athugun á einkennum þunglyndis hjá börnum sem höfðu orðið vitni að ofbeldi eða verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili. Alls voru 3906 bandarísk börn sem tóku þátt í rannsókninni á aldrinum 12-17 ára, rannsóknin var í formi símakönnunar þar sem notast var við staðlaða spurningalista við mat á einkennum þunglyndis og ofbeldisreynslu. Niðurstöður sýndu að þau börn sem höfðu orðið vitni að ofbeldi voru líklegri til að vera með þunglyndi og einnig þau börn sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili í samanburði við börn sem ekki höfðu reynslu af ofbeldi, þrátt fyrir að stjórnað væri fyrir lýðfræðilegum breytum og sögu um áfengis- og vímuefnavanda á heimili barnsins (Kilpatrick o.fl., 2003).

Þá benda rannsóknir einnig til þess að sálrænt ofbeldi af hálfu foreldra sé sérstaklega tengt aukinni áhættu á þróun þunglyndis (Gibb, Chelminski og Zimmerman, 2003). Í rannsókn frá árinu 2007 voru tengsl þunglyndis og sálræns ofbeldis á heimili athuguð hjá 140 kanadískum börnum, á aldrinum 6 til 14 ára. Börnin fylltu út staðlaða matskvarða til að meta hvort þau hefðu orðið fyrir sálrænu ofbeldi af hálfu foreldra sinna og einnig til að meta einkenni þunglyndis við upphaf rannsókna og síðan aftur 12 mánuðum síðar. Niðurstöður mælinga sýndu að þau börn sem höfðu verið beitt sálrænu

ofbeldi síðastliðna 12 mánuði frá upphaflegu mati sýndu marktækt fleiri og alvarlegri þunglyndiseinkenni og neikvæðari túlkunarstíl heldur en þau börn sem ekki höfðu verið beitt sálrænu ofbeldi síðastliðna 12 mánuði (Gibb og Abela, 2008). Niðurstöður rannsókna sýna því að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi og sálrænt ofbeldi er talið sérstaklega skaðlegt.

## **Samantekt**

Heimilisofbeldi er ofbeldisverknaður sem þrífst í skjóli friðhelgi heimilisins og réttarins til einkalífs og þolendur þess eru oftast konur og börn þeirra og gerendur oftast karlar (WHO, 2013; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2012). Fáar rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á tíðni, eðli og afleiðingum heimilisofbeldis og flestar þeirra snúa að ofbeldi gegn konum sem þolendum fremur en börnum. Því skortir sérstaklega rannsóknir á börnum sem þolendum heimilisofbeldis og því lítið vitað um umfang þess í tengslum við börn. Erlendar rannsóknir sýna að í 30 til 60% tilfella heimilisofbeldis eru börnin einnig beitt ofbeldi (Department of Health, 2005; Edleson, 1999) sem þýðir að ofbeldi á heimilum gegn konum og börnum fylgist að í mörgum tilfellum. Niðurstöður rannsókna sýna að rúmlega 20% kvenna eða ein af hverjum fimm konum á Íslandi hafa verið beittar ofbeldi í nánú sambandi (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010: Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; WHO, 2013). Umfang ofbeldis gegn konum á Íslandi er því umtalsvert.

Samkvæmt erlendum og íslenskum skilgreiningum er líkamlegt ofbeldi gegn börnum þegar barn er meitt viljandi með því að t.d. slá, sparka, brenna eða binda barn sem getur skilið eftir sig margskonar líkamlega áverka. Sálrænt ofbeldi gegn börnum felur í sér niðrandi framkomu foreldris við barn, uppnefningar, hótanir, óeðlilegar kröfur miðað við aldur og þroska barns og einnig fellur það undir sálrænt ofbeldi þegar barn verður vitni að ofbeldi milli annarra (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012; Kolko, 2001; Wolfe, 1999). Á Íslandi hefur verið lagt skilyrðislaust bann samkvæmt íslenskum lögum og það gert refsivert að foreldrar eða aðrir sem bera ábyrgð á umönnun barns beiti það andlegu eða líkamlegu ofbeldi (Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum).

Tvær rannsóknar hafa gert athugun á tíðni ofbeldis á heimilum gegn börnum á Íslandi. Niðurstöður þeirra gefa tilefni til þess að ætla að allt að 10 til 13% ungmenna á

Íslandi hafi orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og/eða orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili (Rannsóknir og greining, 2006; UNICEF á Íslandi, 2013). Ýmsir þættir eru taldir auka áhættuna á því að barn verði fyrir sálrænu eða líkamlegu ofbeldi á heimili sínu. Börn með hegðunarerfiðleika, þroskatengdar raskanir og ADHD eru í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili (Sullivan og Knutson, 2002; Sedlak, 1997). Börn foreldra sem eru einstæðir, með geðrænan vanda, áfengis- og vímuefnavanda, atvinnulausir, félagslega einangraðir, á félagslegum bótum, með lágt menntunarstig eru einnig í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili (Trocmé o.fl., 2001; WHO, 2013; Samtök um kvennaathvarf, 2012; Dube, o.fl., 2002; Graham-Bermann og Howel, 2011; Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010; Kruttschnitt o.fl., 2002). Það er því enginn einn þáttur sem skýrir orsakir ofbeldis gegn börnum á heimilum, margvíslegir áhættuþættir hafa áhrif þar á.

Það þykir óumdeilt í dag meðal fræðimanna og fagfólks að börn sem búa við heimilisofbeldi geta hlotið af því margvíslegan skaða sem nær yfir breitt svið, þó sum börn geti komist heilsteypt frá slíkri reynslu þá geta önnur þróað með sér ýmis sálfélagsleg vandamál sem geta þróast úti alvarlegar geðraskanir (Øverlien, 2010; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Holt, Buckley og Whelan, 2008; Harold og Howarth, 2004). Ýmsir þættir eru taldir hafa áhrif á hversu skaðlegar afleiðingar ofbeldisreynsla hefur á börn. Rannsóknir sýna að tíðni og alvarleiki er stór áhrifaþáttur. Því oftast sem börn eru beitt ofbeldi eða því lengur sem börn búa við ofbeldið og því alvarlegra sem ofbeldið er þeim mun alvarlegri afleiðingar. Þá eru afleiðingarnar meiri og skaðlegri eftir því hversu mörgum tegundum ofbeldis barn verður fyrir (Edward o.fl., 2003; Edleson o.fl., 2007; Wolfe, 2003). Afleiðingar ofbeldis á sálfélagslega líðan barna hafa verið athugaðar eftir mismunandi tegundum ofbeldis. Niðurstöður rannsókna sýna að börn sem hafa orðið vitni að líkamlegu ofbeldi sýna meiri sálfélagslegan vanda heldur en börn sem hafa orðið vitni að alvarlegum rifrildum, en ekki er marktækur munur á sálfélagslegri líðan barna sem hafa verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili og barna sem hafa orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili (Kitzmann o.fl., 2003). Niðurstöður rannsókna á áhrifum afleiðinga eftir kyni sýna að stúlkum er hættara við innhverfum vanda eins og kvíða og þunglyndi en drengjum hættara við úthverfum vanda eins og hegðunarerfiðleikum (Graham-Bermann og Howell, 2011).

Afleiðingar ofbeldis á börn koma fram á misjafnan hátt eftir mismunandi þroskaskeiðum barns (DeBellis o.fl., 2000). Samkvæmt erlendum rannsóknum eru helstu



afleiðingar ofbeldis á börn á skólaaldri kvíði, þunglyndi, ÁSR, slök félagsfærni, erfiðleikar við að mynda og viðhalda tengslum við jafnaldra, lágt sjálfsálit, slök námsframmistaða, hegðunarvandi og árásargirni auk þess sem þau greina oft frá líkamlegum verkjum eins og t.d. maga- og höfuðverkjum (Edleson o.fl., 1999; Evans, Davies og Dilillo, 2008). Meðal helstu afleiðinga heimilisofbeldis á unglunga eru kvíði, þunglyndi, ÁSR, brotin sjálfsmynd, slök námsframmistaða, sjálfsvígshugsanir og ýmis áhættuhegðun eins og sjálfsvígstilraunir, misnotkun áfengis og vímuefna, ofbeldi og afbrotahægðun (McGee, 2000; Edleson o.fl., 2007). Í niðurstöðum íslenskrar þjóðarúrtaksrannsóknar frá árinu 2013 kom fram að börn sem greindu frá því að hafa búið við ofbeldi á heimili á Íslandi sýndu mun meiri vanlíðan og áhættuhegðun samanborið við börn sem greindu ekki frá því að hafa orðið fyrir ofbeldi á heimili (UNICEF á Íslandi, 2013). Því er ljóst að börn sem búa við ofbeldi á heimili geta hlotið af því margvísleg sálfélagsleg vandamál sem geta þróast úti alvarlegar geðraskanir sem geta verið langvinnar og fylgt barninu fram á fullorðinsár.

Í þessari rannsókn gerði höfundur ítarleg skil á þeim helstu geðröskunum sem börn sem búa við heimilisofbeldi eru í aukinni áhættu á að greinast með sem eru kvíði, þunglyndi og ÁSR. Greint var frá greiningarskilmerkjum hvernar röskunar út frá geðgreiningarkerfinu DSM-IV og fjallað um helstu einkenni, tíðni, áhættuþætti og fylgikvilla. Þá var lögð áhersla á að greina frá rannsóknum sem hafa athugað sérstaklega þróun hvernar röskunar út frá börnum sem hafa búið við ofbeldi á heimili. Rannsóknir sýna að áföll af manna völdum eru líklegri til að leiða til alvarlegri einkenna ÁSR heldur en áföll af völdum náttúruhamfara og að áhættan eykst enn frekar eftir því sem tengslin milli geranda og þolanda eru meiri (Green o. fl., 2000). Rannsóknir á tíðni ÁSR gefa tilefni til þess að ætla að tíðni ÁSR hjá börnum og unglungum á Íslandi sé 5-16% (Bödvarsdóttir og Elklit, 2007; Merinkangas o.fl., 2010; Elklit, 2002). Niðurstöður rannsókna á áhættuþáttum ÁSR sýna að börn sem verða vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili eru jafn líkleg til að þróa með sér ÁSR og börn sem eru beitt líkamlegu ofbeldi á heimili (Berman o.fl., 1996; Kilpatrick o.fl., 2003). Rannsóknir innan áfalla fræðasviðsins benda til þess að greiningarviðmið ÁSR samkvæmt DSM-IV henti illa til greiningar á börnum sem hafa búið við langvarandi streituvaldandi aðstæður eins og heimilisofbeldi þar sem meirihluti þeirra uppfylli ekki greiningarviðmið ÁSR heldur sýni annars konar áfallaeinkenni auk þess sem þau uppfylla greiningarviðmið fyrir ýmsar aðrar raskanir (van der Kolk, 2005; Stolbach, 2013; Ackerman o.fl., 1998).

Börn sem búa við ofbeldi á heimili búa við aðstæður þar sem spenna og stjórnleysi ríkir en slíkar uppeldisaðstæður eru kjöraðstæður eða jarðvegur fyrir þróun kvíðaraskana (Costello o.fl., 2003). Kvíðaraskanir eru meðal algengustu sálrænna kvilla hjá börnum og unglingum en faraldsfræðilegar rannsóknir sýna tíðni kvíðaraskana frá 6 til 20% (Beesdo, Knappe og Pine, 2009; Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Töluverður munur er á tíðni kvíðaraskana eftir aldri, er fremur lág fram að skólaaldri en margfaldast við unglingsárin. Einnig er kynjamunur ríkjandi í kvíðaröskunum, stúlkur eru mun líklegri til að greinast með kvíða (Wittchen o.fl., 2003; Costello, Egger, Copeland o.fl., 2005). Mikill samsláttur er á milli mismunandi tegunda kvíðaraskana og einnig milli kvíðaraskana og þunglyndis (Chavira o.fl., 2004; Brady og Kendall, 1992). Niðurstöður samanburðarannsóknna sýna að börn sem búa við líkamlegt eða annars konar sálrænt ofbeldi á heimili í æsku eru í aukinni áhættu á að þróa með sér kvíðaraskanir (Crooks og Wolfe, 2007; Kessler o.fl., 1997; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Spinhoven, 2010). Þá hafa rannsóknir einnig athugað kvíðaeinkenni eftir ólíkum tegundum ofbeldis en niðurstöður sýna ekki marktækan mun á kvíðeinkennum eftir því hvort barn hafi verið beitt líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi (Spinhoven, 2010).

Rannsóknir hafa endurtekið sýnt að streita er sterkur áhættuþáttur fyrir þróun þunglyndis (Crooks og Wolfe, 2007; Wolfe, 2007). Börn sem búa við óviðunandi aðstæður í æsku eins og ofbeldi á heimili eru því í aukinni áhættu á að þróa með sér þunglyndi þar sem ofbeldi er óumdeilanlega streituvaldandi fyrir þá sem við það búa. Þunglyndi er fremur sjaldgæf röskun hjá börnum en talið er að allt að 3% barna greinist með röskunina en tíðnin eykst hins vegar margfalt þegar unglingsárin taka við en talið er að allt að 10-20% unglunga greinist með þunglyndi (Avenevoli o.fl., 2008; Rudolph og Lambert, 2007; Luby o.fl., 2009). Almennt aukast líkurnar á að greinast með þunglyndi eftir aldri hjá báðum kynjum en við kynþroskaaldur aukast líkurnar margfalt meira hjá stúlkum en drengjum (Hankin o.fl., 1998). Saga um þunglyndi í æsku er sterkur áhættuþáttur fyrir þunglyndi á fullorðinsárum (Harrington, Rutter og Frombonne, 1996; Kim-Cohen o.fl., 2003) og mikill samsláttur er á milli þunglyndis- og kvíðaraskana. Niðurstöður rannsóknna sýna að um 39% barna og unglunga sem greinast með þunglyndi greinast einnig með kvíðaröskun (Angold, Costello og Erkanli, 1999). Niðurstöður samanburðarannsóknna sýna að börn sem búa við líkamlegt eða annars konar sálrænt ofbeldi á heimili í æsku eru í allt að tvöfalt til fimmfalt meiri áhættu á að þróa með sér

þunglyndi (Lansford o.fl., 2002; Brown o.fl., 1999; Lumley og Harkness, 2007; Kessler o.fl., 1997; Kilpatrick o.fl., 2003) auk þess sem þau eru líklegri til að eiga endurtekna sögu um sjálfsvígstílaunir (Ystgaard o.fl., 2004). Þá hafa rannsóknir einnig athugað þunglyndiseinkenni eftir ólíkum tegundum ofbeldis en niðurstöður sýna ekki marktækan mun á þunglyndiseinkennum eftir því hvort barn hafi verið beitt líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi (Kilpatrick o.fl., 2003).

## **Markmið rannsókna**

Markmið rannsóknarinnar var tvíþætt. Annars vegar að meta sameiginlega þætti þeirra barna sem tóku þátt í rannsókninni út frá niðurstöðum hálfstaðlaðs inntökuviðtals sem forráðamenn svöruðu, og bera saman við niðurstöður erlendra rannsókna á áhættuþáttum ofbeldis gegn börnum. Hins vegar að meta einkenni kvíða og þunglyndis barnanna samkvæmt niðurstöðum staðlaðra mælitækja MASC og CDI sem börnin svöruðu sjálf og greina einkenni kvíða og þunglyndis út frá ýmsum sameiginlegum þáttum barnanna.

Settar voru fram fimm tilgátur. Tilgáta 1: Í ljósi niðurstaðna Kilpatrick og féлага frá árinu 2003 er búist við að börn sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili á Íslandi sýni hærri tíðni kvíða og þunglyndis heldur en grunntíðni í almennu þýði gerir ráð fyrir, þ.e. að tíðni kvíða sé hærri en 6 til 20% og tíðni þunglyndis sé hærri en 3% (Beesdo, Knappe og Pine, 2009; Avenevoli, Knight, Kessler og Merikangas, 2008; Rudolph og Lambert, 2007).

Tilgáta 2: Búist er við samslætti á milli kvíða og þunglyndiseinkenna barnanna í samræmi við niðurstöður rannsókna Angold, Costello og Erkanli frá árinu 1999 og Chavira, Stein, Bailey og Stein frá árinu 2004.

Tilgáta 3: Búist er við marktækum mun á einkennum kvíða barnanna eftir kyni þannig að stúlkur sýni hærri tíðni kvíða en drengir í samræmi við niðurstöður rannsókna Beesdo, Knappe og Pine frá árinu 2009.

Tilgáta 4: Ekki er búist við marktækum mun á einkennum þunglyndis barnanna eftir kyni í ljósi niðurstaðna Hankin og féлага frá 1998.

Tilgáta 5: Í ljósi niðurstaðna rannsókna Kitzmann og féлага frá árinu 2003 er ekki búist við marktækum mun á kvíða- og þunglyndiseinkennum barna sem hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili og þeirra sem hafa orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili.

## Aðferð

### *Þátttakendur*

Þátttakendur í rannsókninni eru börn sem tóku þátt í hópmeðferð sem starfrækt var á vegum Barnaverndarstofu fyrir börn sem hafa orðið fyrir ofbeldi á heimili og/eða orðið vitni að ofbeldi á heimili á tímabilinu 12. apríl 2010 til 20. febrúar 2012 og forráðamenn þeirra. Ekki verður fjallað nánar um innihald hópmeðferðarinnar þar sem rannsóknin felur ekki í sér mat á árangri meðferðarinnar. Af þeim 33 börnum sem alls tóku þátt í hópmeðferðinni voru 28 börn sem tóku þátt í þessari rannsókn. Úrtak rannsóknarinnar nær því til 85% barna sem tóku þátt í hópmeðferð vegna heimilisofbeldis á vegum Barnaverndarstofu á ákveðnu tímabili. Þar af voru 11 stúlkur (39,3%) og 17 drengir (60,7%). Börnin voru á aldrinum 7-17 ára og meðalaldur var 10,18 ár. Forráðamenn þátttakenda sem tóku þátt í rannsókninni voru alls 28 þar af voru 21 mæður (75%), 3 feður (10,7%) og 4 fósturmæður (14,3%). Af þeim 28 börnum sem tóku þátt í rannsókninni svöruðu 20 börn MASC og CDI kvörðunum eða 71,4% af heildarfjölda þátttakenda í rannsókninni. Ástæða þess er sú að fyrirlögn kvarðanna var ekki hafinn þegar fyrstu tveir hóparnir sem tóku þátt í hópmeðferðinni hófu þátttöku. Öll börnin sem tóku þátt í hópmeðferðinni, eftir að fyrirlögn kvarðanna hafði verið komið á í meðferðartilgangi, svöruðu báðum kvörðunum. Af þeim 20 börnum sem svöruðu MASC og CDI kvörðunum voru 9 stúlkur (45%) og 11 drengir (55%). Börnin voru á aldrinum 8 til 11 ára og meðalaldur var 9,44 ár. Upplýsts samþykkis var aflað frá forráðamönnum barnanna sem voru sjálfboðaliðar sem samþykktu þátttöku í rannsókninni fyrir hönd barns síns. Þátttakendur fengu ekki greitt fyrir þátttökuna.

### *Mælitæki*

Þau mælitæki sem notuð voru til að meta hegðun og líðan þátttakenda í rannsókninni voru hálfstaðlað inntökuviðtal og stöðluð sálfræðileg próf sem meta einkenni kvíða og þunglyndis. Hálfstaðlað inntökuviðtal var tekið við alla forráðamenn þeirra barna sem tóku þátt í hópmeðferðinni, forráðamenn voru spurðir um margvíslega þætti varðandi hegðun og líðan barnanna. Eftirfarandi spurningar voru valdar úr til frekari greiningar í rannsókninni; kyn, aldur, þjóðerni foreldra, búseta, heimilisfesti, fjöldi systkina, ofbeldisreynsla barns þar með talið hvort barn hafi orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og/eða hafi verið beitt annars konar sálrænu/tilfinningalegu ofbeldi á heimili

og/eða beitt líkamlegu ofbeldi á heimili, alvarleiki ofbeldis, tengsl barns við geranda ofbeldis, hvort gerandi ofbeldis búi á heimili barns, ef nei þá; hvort barn sé í umgengni við geranda ofbeldis; hvort gerandi ofbeldis hafi áreitt heimili barns, saga um áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili barns, líðan í skóla, einelti, greining geðraskana, annar vandi og hvort barn hafi greint frá sjálfsvígshugsunum. Þá var einnig spurt um bakgrunnsupplýsingar forráðamanna; kyn, menntun, atvinnuþátttöku, hjúskaparstöðu og tengsl þeirra við barnið.

Til að meta einkenni kvíða og þunglyndis hjá þátttakendum rannsóknar var unnið úr niðurstöðum staðlaðra mælitækja sem börnin svöruðu við upphaf meðferðar sem voru kvíðakvarði MASC (*Multidimensional Anxiety Scale for Children*) og mælikvarði Kovacs á geðlægd hjá börnum CDI (*Children's Depression Inventory*).

#### *MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children)*

MASC er sjálfsmatskvarði sem metur kvíðaeinkenni barna á aldrinum 8-17 ára. Kvarðinn var gefinn út í Bandaríkjunum árið 1997 og þykir áreiðanlegt og réttmætt mælitæki til að meta kvíðaeinkenni barna. Kvarðinn samanstendur af 39 staðhæfingum sem hver lýsir einu kvíðaeinkenni og allar staðhæfingarnar eru metnar á fjögurra punkta *Likert* kvarða frá 0 til 4 og þátttakendur merkja við þann möguleika sem lýsir best hversu oft þeir fundu fyrir hverju kvíðaeinkenni undanfarið, svarmöguleikarnir eru eftirfarandi; „Á aldrei við um mig“ (0 stig), „Á næstum aldrei við um mig“ (1 stig), „Á stundum við um mig“ (2 stig), „Á oft við um mig“ (3 stig). Atriði listans 39 talsins skiptast á fjóra meginvarða og þrjú þeirra fela í sér undirþætti til frekari aðgreiningar. Þannig samanstendur kvarðinn af; líkamleg einkenni (*physical symptoms*) af 12 atriðum sem skiptast á undirþættina spennu/eirðarleysi (*tense/restless*) og viljastýrt/sjálfvirkt (*somatic/autonomic*). Kvarðinn aðskilnaðar- og ofsakvíði (*separation/panic*) samanstendur af 9 atriðum en engum undirþáttum. Kvarðinn félagskvíði (*social anxiety*) samanstendur af 9 atriðum sem skiptast á undirþættina ótti við höfnun/auðmýkingu (*humiliation/rejection fears*) og frammistöðuótta (*performance fears*). Kvarðinn forðun á skaða (*harm avoidance*) samanstendur af 9 atriðum sem skiptast á undirþættina bjargráð við kvíða (*anxious coping*) og einkenni fullkonnunar (*perfectionism*) (March, Parker, Sullivan, Stallings og Conners, 1997).

MASC telur að auki tvo aðra kvarða sem eru; *Anxiety Disorder Index* sem greinir á milli þeirra sem eru með kvíðaröskun frá þeim sem eru það ekki; *Inconsistency*

*Index* sem er ætlaður til að bera kennsl á ósamræmi í svörum til að koma í veg fyrir skekkju, gildi 10 og hærra benda til skekkju. Við úrvinnslu kvarðans er miðað við að t-gildi 65 eða hærra gefi til kynna að kvíðavandamál sé til staðar (March o.fl., 1997). Kvarðinn var þýddur og staðlaður í íslensku úrtaki af Daníel Þór Ólasyni, Magnúsi Blöndal Sighvatssyni og Jakobi Smára og niðurstöður prófana á próffræðilegum eiginleikum kvarðans hafa sýnt fram á viðunandi áreiðanleika og réttmæti. Íslenska útgáfa kvarðans þykir því réttmætt og áreiðanlegt mælitæki til að greina kvíðaeinkenni hjá börnum, kvarðinn byggir á íslenskum viðmiðum þar sem t-gildi eru stöðluð með meðaltal 50 og staðalfrávik 10 og klínísk mörk miðuð við t-gildi 65 og hærra (Ólason, Sighvatsson og Smári, 2004).

#### *CDI (Children's Depression Inventory)*

CDI er sjálfsmatskvarði sem metur þunglyndiseinkenni barna og unglunga á aldrinum 7 til 17 ára. Kvarðinn var þróaður út frá þunglyndiskvarða Becks árið 1979 (Kovacs, 1985) en var formlega gefin út árið 1992 eftir að yfir 150 rannsóknir höfðu verið gerðar á eiginleikum kvarðans sem hefur verið þýddur og staðlaður á mörgum tungumálum (Kovacs, 1992). Mælitækið magnbindur fjölda þunglyndiseinkenna þar á meðal vonleysi, lágt sjálfsmat, skaptruflanir o.fl. Heildartala er á bilinu 0-54 stig, hærri heildarstig þýðir meiri alvarleiki einkenna en við úrvinnslu kvarðans er miðað við að t-gildi 65 eða hærra gefi til kynna að þunglyndi sé til staðar. Kvarðinn telur 27 atriði sem hvert um sig hefur þrjú svarmöguleika sem gefa frá 0 til 2 stig. Núll stendur fyrir engin einkenni, einn fyrir væg einkenni og tveir fyrir að greinileg einkenni séu til staðar. Dæmi um stigagjöf við svarmöguleikum úr kvarðanum er eftirfarandi; „mér finnst margt skemmtilegt" (0 stig), „mér finnst sumt skemmtilegt" (1 stig), „mér finnst aldrei neitt skemmtilegt" (2 stig) (Kovacs, 1985).

Kvarðinn var þýddur og staðlaður í íslensku úrtaki af Herdísí Einarsdóttur og Elínu Jónasdóttur árið 1994 og þykir hafa viðunandi áreiðanleika (Herdís Einarsdóttir og Elín Jónasdóttir, 1994) en mælst er til þess að nota einungis heildarskor kvarðans til að meta þunglyndiseinkenni þar sem niðurstöður réttmætisathugana sýna að þáttabygging kvarðans er ekki sú sama og í upphaflegri stöðlun (Arnarson, Smári, Einarsdóttir og Jónasdóttir, 1994). Í nýlegri rannsókn frá árinu 2011 á próffræðilegum eiginleikum íslensku útgáfu kvarðans sýndu niðurstöður að áreiðanleiki kvarðans væri viðunandi en

Þáttagreining sýndi færri þætti en upprunalegi kvarðinn (Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson, 2011).

### *Framkvæmd*

Sótt var um leyfi fyrir rannsókninni til eftirtalinna aðila; Barnaverndarstofu, Vísindasiðanefndar Velferðarráðuneytisins og Persónuverndar, og undirrituð þagnarskylduyfirlýsing. Eftir að öll tilskilin leyfi höfðu fengist var leitað upplýsts samþykkis hjá forráðamönnum þeirra barna sem tóku þátt í hópmeðferðinni á ofangreindu tímabili. Öflun upplýsts samþykkis var á ábyrgð Barnaverndarstofu. Hringt var í forráðamenn barnanna, rannsóknin kynnt og þeir spurðir hvort þeir vildu veita samþykki fyrir þátttöku síns og barnsins síns. Lögð var áhersla á það í símtölum til forráðamanna að þeim bæri engin engin skylda til að taka þátt í rannsókninni og að það hefði engin áhrif á þjónustu þeim til handa frá Barnaverndarstofu þótt þeir ákvæðu að taka ekki þátt. Ef forráðamenn samþykktu þátttöku var þeim sent upplýsinga- og samþykkisblað í bréfpósti til undirritunar og þeir beðnir um að láta undirritað samþykkisblað í meðfylgjandi umslag og líma vandlega fyrir og setja í póst til Barnaverndarstofu. Með undirritun þess veittu þeir rannsakanda leyfi til að nota þau gögn sem safnað var í tengslum við meðferðina til úrvinnslu í rannsókninni. Gögnin voru sótt úr gagnabanka sem er í umsjá Barnaverndarstofu. Barnaverndarstofa afhenti rannsakanda gögnin á ópersónulegu formi í húsi Barnaverndarstofu og veitti rannsakanda starfsaðstöðu. Allar upplýsingar um þátttakendur voru skráðar á gátlista án nokkurra persónugreinanlegra upplýsinga undir rannsóknarnúmeri. Síðan voru rannsóknargögnin slegin inn í SPSS tölvuforritið undir rannsóknarnúmeri. Meðan úrvinnsla fór fram voru gögnin aðeins geymd á tölvutæku formi á tölvu rannsakanda. Varðveisla gagna var því á rafrænu formi án nokkura persónuauðkennandi upplýsinga. Einungis rannsakandi hafði aðgang að rannsóknargögnum á rannsóknartímanum. Rannsóknargögnum verður eytt í samræmi við reglur Vísindasiðanefndar þegar rannsókn er að fullu lokið.

### *Tölfræðileg úrvinnsla*

Forritin Excel og SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, 17.0*) voru notuð við tölfræðilega úrvinnslu gagna. Lýsandi tölfræði var reiknuð fyrir allar breytur og hlutföll

ýmissa breyta athuguð nánar og niðurstöður settar fram á myndrænan hátt. Til að greina einkenni kvíða og þunglyndis hjá þátttakendum var heildarstigum úr MASC og CDI kvörðunum breytt í t-gildi með innsetningarskjölum sem unnin hafa verið í Excel sem fylgja íslenskum útgáfum kvarðanna. Í báðum kvörðunum eru t-gildi stöðluð gildi með meðaltal 50 og staðalfrávik 10. Klínísk mörk samkvæmt bæði MASC kvarðanum og CDI kvarðanum eru t-gildi 65 og hærra (March, 1997; Kovacs, 1985). Hlutföll þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum samkvæmt stöðluðum gildum kvarðanna voru athuguð, einnig dreifing heildarskora (t-gilda) allra þátttakenda, dreifing heildarskora (t-gilda) allra þátttakenda í samanburði við klínísk mörk og staðlað meðaltal, dreifing heildarskora (t-gilda) út frá kyni þátttakenda. Aðfallsgreining og t-próf voru reiknuð til að greina skörun einkenna kvíða og þunglyndis, að hve miklu leyti einkenni þunglyndis þátttakenda skýrast af einkennum kvíða. Þá var t-próf óháðra úrtaka reiknað til að greina hvort marktækur munur væri á einkennum kvíða og þunglyndis eftir kyni þátttakenda og að lokum var framkvæmt *Mann-Whitney U* próf til að greina hvort marktækur munur væri á einkennum kvíða og þunglyndis þátttakenda eftir tegund ofbeldis og umgengni við geranda.



## Niðurstöður

### *Bakgrunnsupplýsingar forráðamanna*

Við úrvinnslu gagna var byrjað á því að skoða lýsandi tölfræði þeirra bakgrunnsupplýsinga sem var aflað um forráðamenn þátttakenda í rannsókninni. Hálfstöðluð inntökuviðtöl voru tekin við forráðamenn allra þátttakenda í rannsókninni, eða alls forráðamenn 28 þátttakenda. Skráð voru tengsl þess forráðamanns sem viðtalið var tekið við, við hvern þátttakanda, alls voru 21 mæður eða 75%, 3 feður eða 10,7% og 4 fósturmæður eða 14,3%. Mæður voru því meirihluti svarenda. Flestir forráðamenn voru giftir/í sambúð eða 18 (64,3%) en 10 voru einhleypir (35,7%). Við athugun á menntun forráðamanna sýndu niðurstöður að 14 eða 50% svarenda höfðu lokið grunnskólaprófi, 3 eða 10,7% höfðu lokið framhaldsskólaprófi, 5 eða 17,9% höfðu lokið iðnnámi og 6 eða 21,4% höfðu lokið háskólanámi. Helmingur forráðamanna hafði því aðeins lokið grunnskólaprófi. Atvinnustig forráðamanna raðaðist á fjóra flokka, 15 voru í vinnu eða 53,6%, 2 voru atvinnulausir eða 7,1%, 10 voru á örorku eða 35,7% og 1 var heimavinnandi eða 3,6%. Rúmlega helmingur forráðamanna voru því í vinnu en hátt hlutfall forráðamanna var á örorku eða rúmlega þriðjungur. Í töflu 6 má sjá lýsandi tölfræði fyrir forráðamenn, heildarfjölda, tengsl forráðamanns við þátttakanda, hjúskaparstöðu, menntun og atvinnustig.

Tafla 6. Heildarfjöldi, tengsl, hjúskaparstaða, menntun og atvinnustig forráðamanna.

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Heildarfjöldi	28	100
<b>Tengsl við barnið</b>		
Móðir	21	75
Faðir	3	10,7
Fósturmóðir	4	14,3
<b>Hjúskaparstaða</b>		
Gift/í sambúð	18	64,3
Einhleyp	10	35,7
<b>Menntun</b>		
Grunnskólapróf	14	50
Framhaldsskólapróf	3	10,7
Iðnnám	5	17,9
Háskólapróf	6	21,4
<b>Atvinnustig</b>		
Í vinnu	15	53,6
Atvinnulaus	2	7,1
Örorka	10	35,7
Heimavinnandi	1	3,6

#### *Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda*

Mat á hegðun og líðan þátttakenda samkvæmt mati forráðamanna fól í sér úrvinnslu á hálfstöðluðu inntökuvíðtali sem var tekið við forráðamenn allra þátttakenda í rannsókninni eða alls 28 barna. Reiknuð var lýsandi tölfræði fyrir allar lýðfræðilegar breytur þátttakenda. Heildarfjöldi þátttakenda var 28, meðalaldur 10,18 ár, þar af voru stúlkur 11 eða 39,3% og drengir 17 eða 60,7%. Þátttakendur voru á aldrinum 7 til 17 ára, aldur stúlkna var lægstur 8 og hæstur 15 ára, meðalaldur 9,73. Aldur drengja var lægstur 7 og hæstur 17 ára, meðalaldur 10,35. Kynjahlutfall og aldursdreifing þátttakenda var því nokkuð jöfn, en aldur drengja heldur hærri. Í töflu 7 má sjá heildarfjölda, kynjahlutfall og aldursdreifingu þátttakenda.

Tafla 7. Lýsandi tölfraði fyrir þátttakendur, heildarfjöldi, kynjahlutfall og aldursdreifing.

Lýsandi tölfraði f. þátttakendur	
Heildarfjöldi	28
Meðalaldur	10,18
Fjöldi stúlkna (n)	11
Hlutfall stúlkna (%)	39,3
Fjöldi drengja (n)	17
Hlutfall drengja (%)	60,7
Aldur stúlkna lægsta gildi	8
Aldur stúlkna hæsta gildi	15
Meðalaldur stúlkna	9,73
Aldur drengja lægsta gildi	7
Aldur drengja hæsta gildi	17
Meðalaldur drengja	10,35

Þá var unnið úr lýðfræðilegu breytunni þjóðerni þátttakenda, skráð var hvort þátttakendur væru af íslensku eða erlendu bergi brotnir. Reiknað var hlutfall þátttakenda sem átti foreldra af íslensku þjóðerni, hlutfall þátttakenda sem átti annað foreldri af erlendu þjóðerni og hlutfall þátttakenda sem átti báða foreldra af erlendu þjóðerni. Í töflu 8 má sjá að af 28 þátttakendum voru 15 eða 53,6% sem áttu foreldra af íslenskum uppruna, eða 32,1% sem áttu annað foreldri af erlendum uppruna og 4 eða 14,3% sem áttu báða foreldra af erlendum uppruna. Rúmlega helmingur þátttakenda átti því foreldra af íslenskum uppruna en tæpur helmingur átti annað eða báða foreldra af erlendum uppruna. Búseta þátttakenda var skráð eftir því hvort þátttakendur bjuggu á höfuðborgarsvæðinu eða landsbyggðinni. Í töflu 8 má sjá að 24 eða 85,7% þátttakenda bjuggu á höfuðborgarsvæðinu og 4 eða 14,3% á landsbyggðinni. Meirihluti þátttakenda var því með búsetu á höfuðborgarsvæðinu. Einnig var skráð hvort þátttakendur byggju á heimili einstæðs forráðamanns eða forráðamanns sem væri giftur/í sambúð. Í töflu 8 má sjá að 10 eða 35,7% þátttakenda bjuggu á heimili hjá einstæðum forráðamanni og 18 eða 64,3% þátttakenda bjuggu á heimili forráðamanns sem var giftur/í sambúð. Rúmlega þriðjungur þátttakenda bjó því á heimili einstæðs forráðamanns. Fjöldi systkina þátttakenda var einnig skráður en ekki var gerður greinarmunur á hálf systkinum og alsystkinum. Í töflu 8 má sjá að 1 eða 3,6% þátttakanda átti 0 systkini, 2 eða 7,1% þátttakenda áttu 1 systkini, 5 eða 17,9% þátttakenda áttu 2 systkini, 12 eða 42,9% þátttakenda áttu 3 systkini, 5 eða 17,9% þátttakenda áttu 4 systkini og 3 eða 10,7%

þátttakenda áttu 5 systkini. Meirihluti þátttakenda átti því 3 systkini eða fleiri eða 71,4% þátttakenda.

Tafla 8. Lýsandi tölfraði fyrir þátttakendur, þjóðerni, búseta, heimilisfesti og fjöldi systkina.

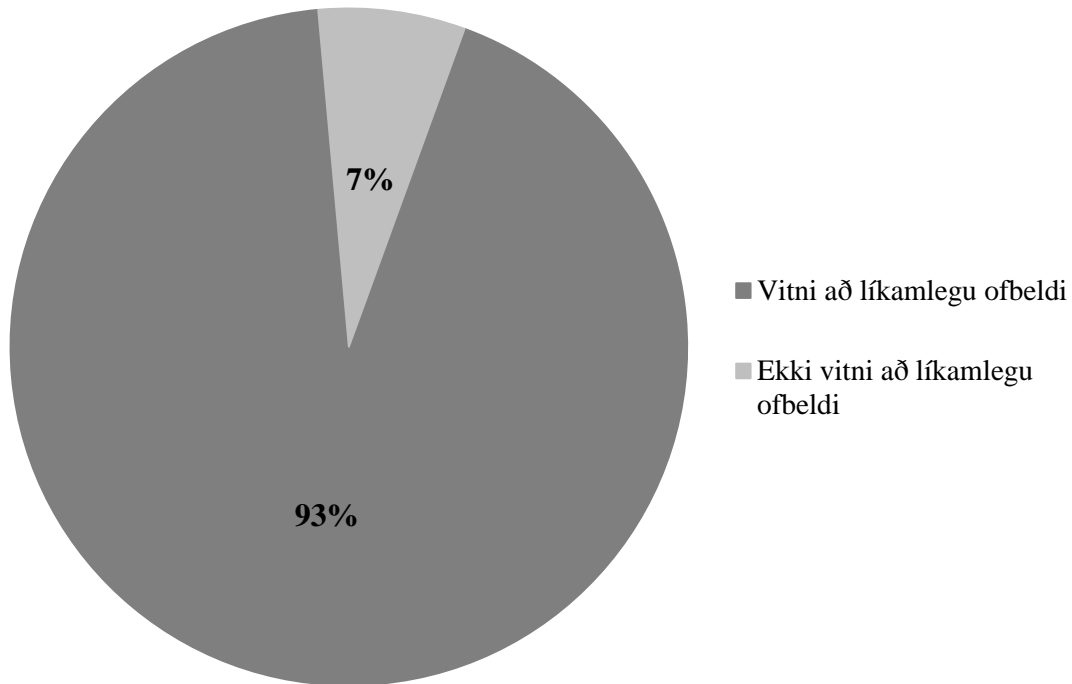
	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Heildarfjöldi	28	100
<b>Þjóðerni</b>		
Íslenskt	15	53,6
Annað foreldri erlent	9	32,1
Báðir foreldrar erlendir	4	14,3
<b>Búseta</b>		
Höfuðborgarsvæðið	24	85,7
Landsbyggðin	4	14,3
<b>Heimilisfesti</b>		
Forráðamaður einstæður	10	35,7
Forráðamaður giftur/í sambúð	18	64,3
<b>Fjöldi systkina</b>		
Núll	1	3,6
Eitt	2	7,1
Tvö	5	17,9
Þrjú	12	42,9
Fjögur	5	17,9
Fimm	3	10,7

### *Ofbeldisreynsla*

Allir þátttakendur í rannsókninni höfðu orðið fyrir ofbeldi á heimili en misjafnt var hvers eðlis ofbeldið var. Það ofbeldi sem þátttakendur höfðu orðið fyrir var flokkað í eftirfarandi þrjú flokka; vitni að líkamlegu ofbeldi; annars konar sálrænt ofbeldi sem var beint að barninu sjálfu; líkamlegt ofbeldi. Flokkurinn líkamlegt ofbeldi felur í sér sálrænt ofbeldi. En sálrænt ofbeldi og vitni að ofbeldi var flokkað sérstaklega þar sem greinarmunur var gerður á því sálræna ofbeldi sem felst í því að barn verði vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili, og sálrænu ofbeldi sem er beint að barninu sjálfu eins og t.d. það niðurlægt, kallað ljótum nöfnum, því hótað o.fl., til aðgreiningar verður því vísað til sálræns ofbeldis sem „annars konar sálræns ofbeldis“.

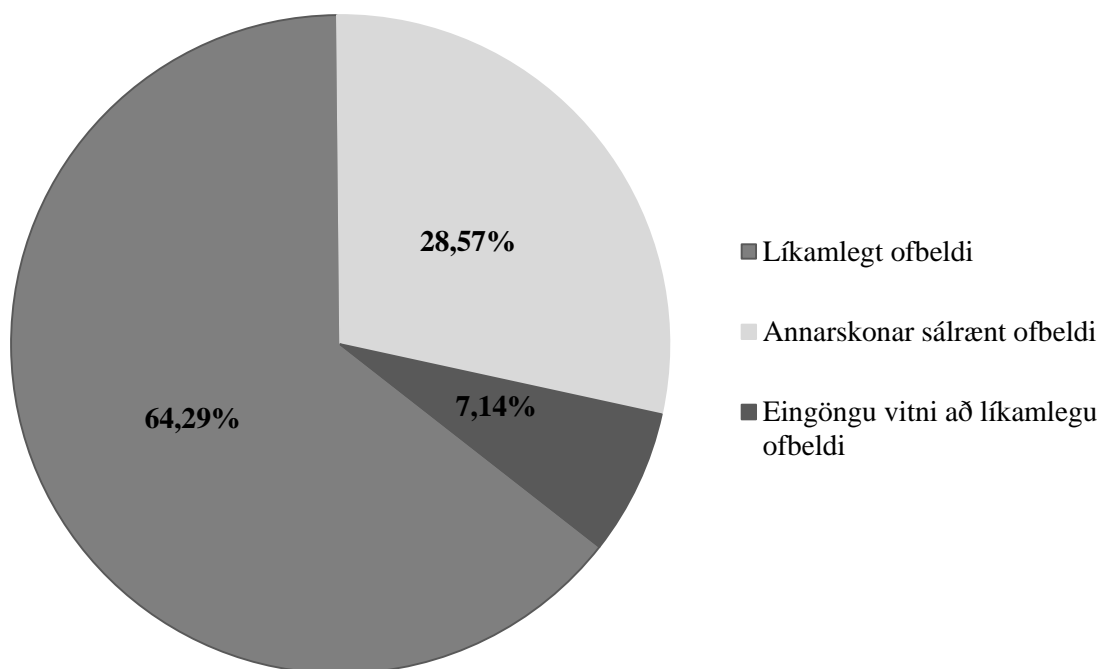
Við greiningu gagna var fyrst athugað hversu hátt hlutfall þátttakenda hefði orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili. Af heildarfjölda þátttakenda eða 28

voru alls 26 eða 93% sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili, en aðeins 7% þátttakenda höfðu ekki orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili. Niðurstöður má sjá á mynd 1.



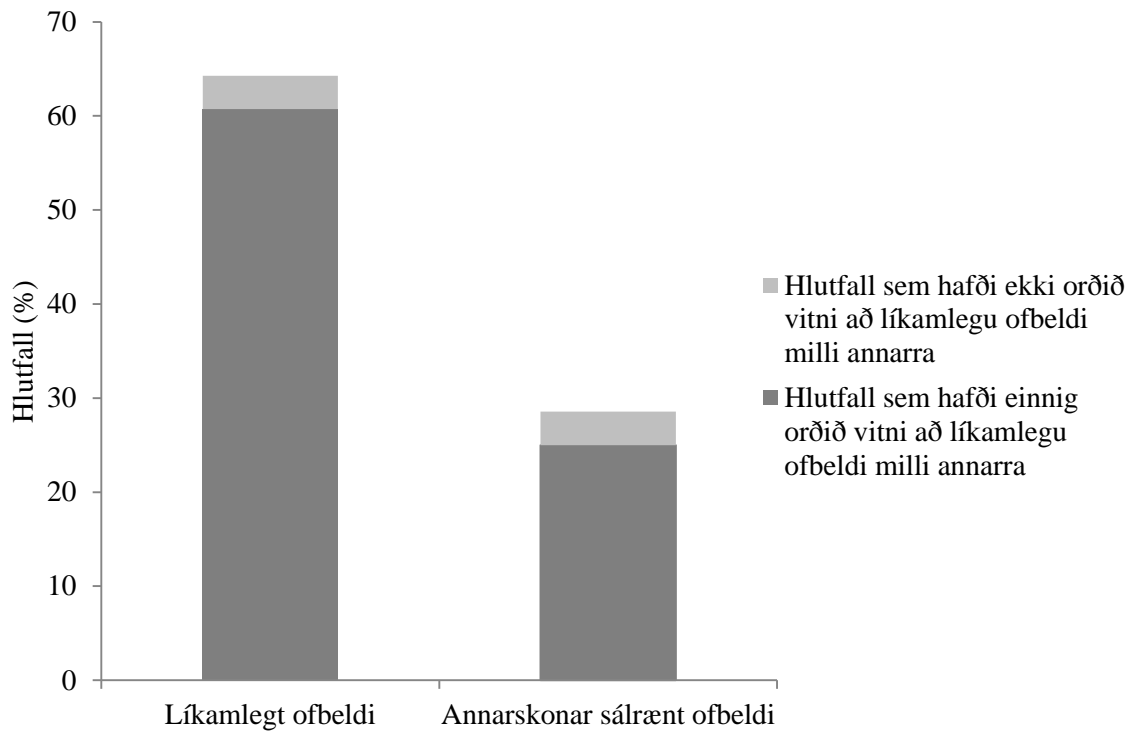
Mynd 1. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili.

Þá var tegund þess ofbeldis sem þátttakendur höfðu orðið fyrir greind eftir því hvort þeir höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi, annars konar sálrænu ofbeldi, eða eingöngu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra. Á mynd 2 má sjá að af heildarfjölda þátttakenda eða 28 höfðu 18 eða 64,29% þátttakenda verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili, 8 eða 28,57% þátttakenda höfðu verið beittir annars konar sálrænu ofbeldi á heimili. Þá voru 2 þátttakendur eða 7,14% sem höfðu eingöngu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili en ekki orðið fyrir annars konar ofbeldi.



Mynd 2. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi, annars konar sálrænu ofbeldi eða eingöngu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili.

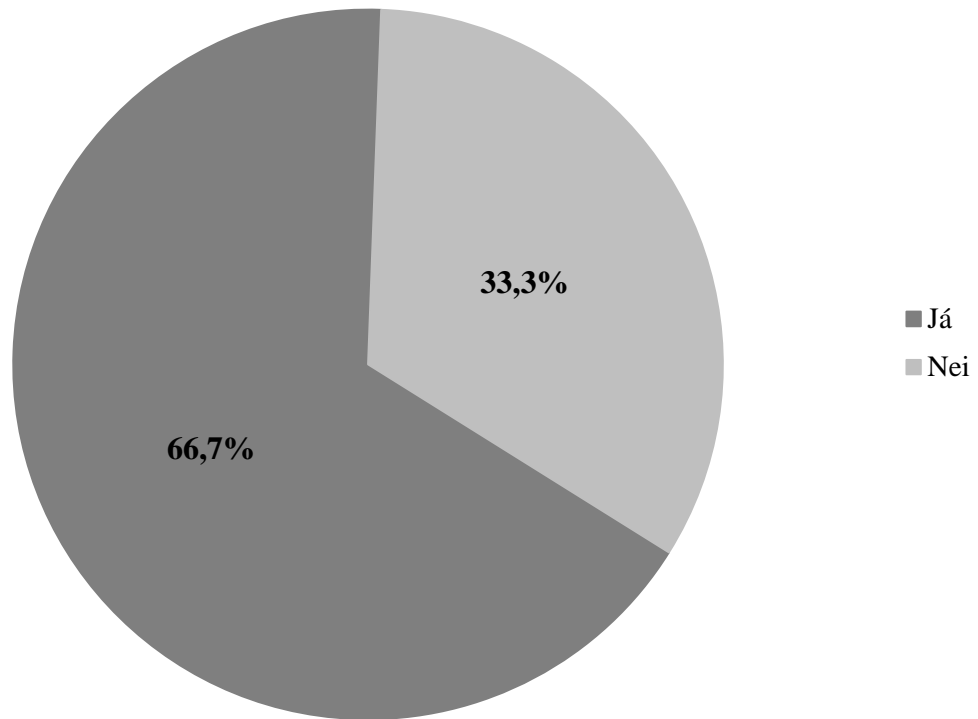
Þá var athugað hversu hátt hlutfall þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi höfðu einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili. Á mynd 3 má sjá að af heildarfjölda þátttakenda voru 18 þátttakendur eða 64,29% beittir líkamlegu ofbeldi þar af voru 17 eða 60,71% af heildarfjölda þátttakenda sem höfðu einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili. Aðeins 1 þátttakandi eða 3,57% af heildarfjölda þátttakenda sem hafði verið beittur líkamlegu ofbeldi hafði ekki einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili. Af heildarfjölda þátttakenda voru 8 þátttakendur eða 28,57% sem höfðu höfðu verið beittir annars konar sálrænu ofbeldi þar af voru 7 eða 25% af heildarfjölda þátttakenda sem höfðu einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili. Aðeins 1 þátttakandi eða 3,57% af heildarfjölda þátttakenda sem hafði verið beittur sálrænu ofbeldi hafði ekki orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili. Niðurstöður sýna að meirihluti þátttakenda sem voru beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi á heimili höfðu einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili.



Mynd 3. Hlutfall þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi sem höfðu; ekki orðið vitni að líkamlegu ofbeldi (ljósgrái hluti); einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi (dökkgrái hluti).

#### *Alvarleiki ofbeldis*

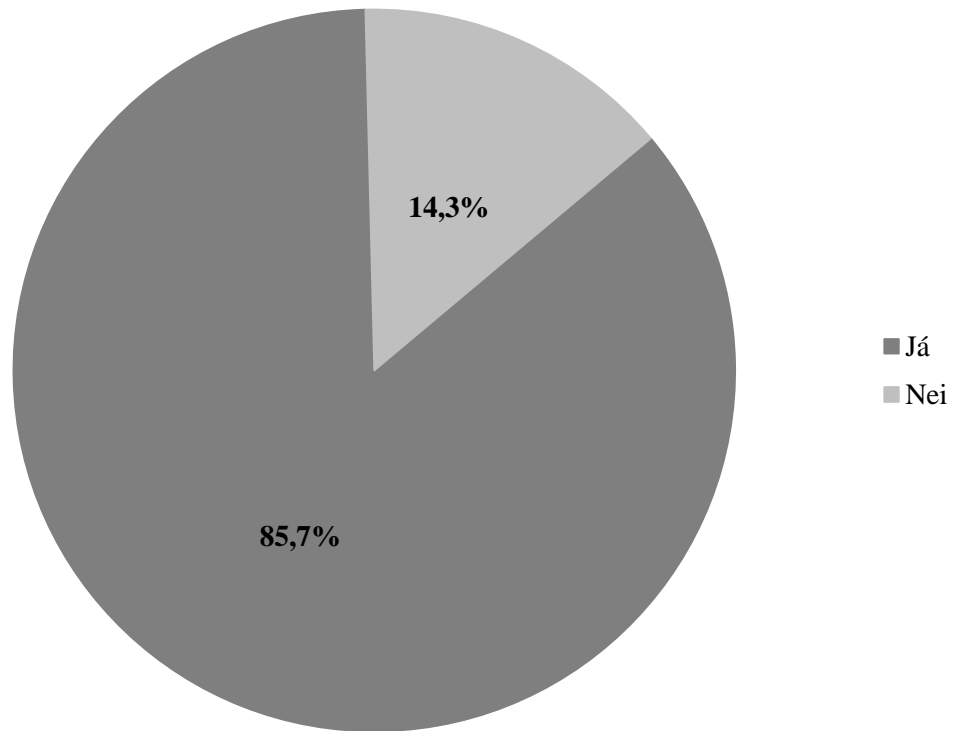
Til að greina alvarleika þess ofbeldis sem þátttakendur höfðu orðið fyrir var athugað hversu hátt hlutfall þátttakenda sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi höfðu hlotið af því líkamlega áverka. Á mynd 4 má sjá að alls voru 12 eða 66,7% þátttakenda sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi sem höfðu hlotið af því sjáanlega líkamlega áverka, en 6 eða 33,3% höfðu ekki hlotið af því sjáanlega líkamlega áverka (sjá mynd 4). Niðurstöður sýna að meirihluti þátttakenda sem voru beittir líkamlegu ofbeldi á heimili voru beittir mjög alvarlegu ofbeldi þar sem sjáanlegir líkamlegir áverkar hlutust af því.



Mynd 4. Hlutfall þátttakenda sem voru beittir líkamlegu ofbeldi sem hlutu af því sjáanlega líkamlega áverka, og hlutfall þeirra sem hlutu ekki af því sjáanlega áverka.

Til að greina alvarleika þess ofbeldis sem þátttakendur höfðu orðið vitni að var athugað hvort þolendur þess líkamlega ofbeldis sem þátttakendur urðu vitni að hefðu hlotið af því sjáanlega líkamlega áverka. Á mynd 5 má sjá að alls höfðu 24 eða 85,7% þátttakenda orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili þar sem þolandinn hafði hlotið sjáanlega líkamlega áverka. Aðeins 4 eða 14,3% þátttakenda höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi þar sem þolandi þess hlaut ekki af því sjáanlega líkamlega áverka. Niðurstöður sýna að það líkamlega ofbeldi sem þátttakendur urðu vitni að á heimilum sínum var oftast mjög alvarlegt þar sem sjáanlegir líkamlegir áverkar hlutust af því.

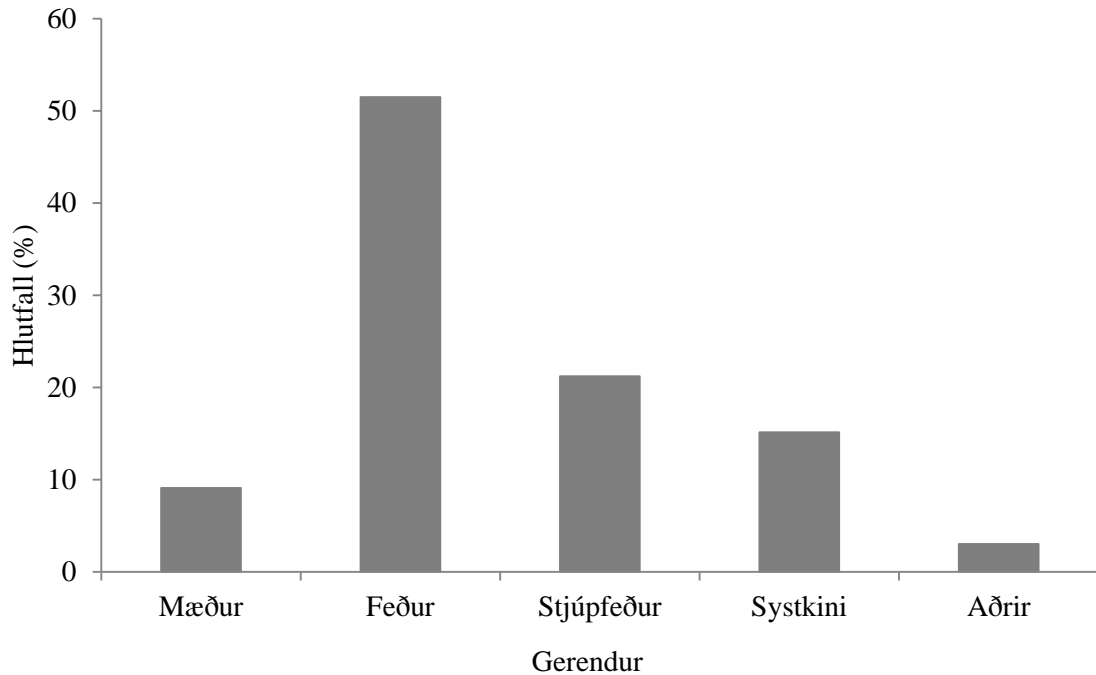




Mynd 5. Hlutfall þátttakenda sem voru vitni að líkamlegu ofbeldi þar sem þolandi þess hlaut af því sjáanlega líkamlega áverka, eða hlaut ekki áverka.

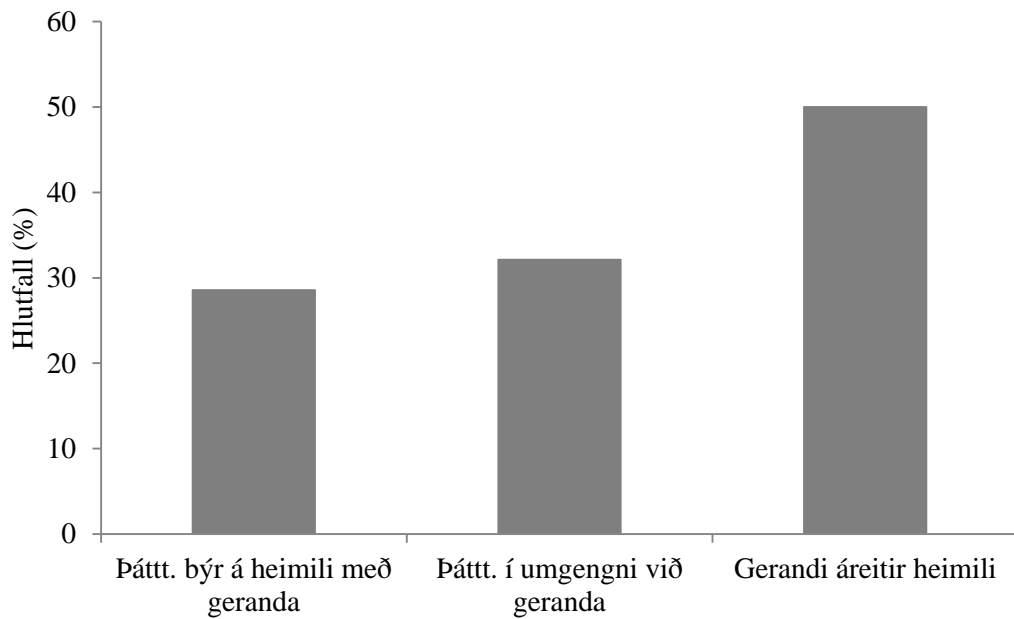
### *Gerendur*

Gögnin voru greind með tilliti til þess hver tengsl þátttakenda væru við þann sem beitti ofbeldinu eða geranda. Þeir gerendur sem tilgreindir voru féllu innan eftirfarandi fimm flokka; mæður, feður, stjúpfeður, systkini og aðrir. Í sumum tilfellum var um fleiri en einn geranda að ræða. Á mynd 6 má sjá hlutfall gerenda, alls voru 3 mæður eða 9,09%, 17 feður eða 51,5%, 7 stjúpfeður eða 21,21 %, 5 systkini eða 15,15% og 1 gerandi eða 3,03% var skráður undir „aðrir“ þar sem ekki var um skyldan ættingja að ræða. Niðurstöður sýna að rúmlega helmingur gerenda eru feður en mæður eru í minnihluta.



Mynd 6. Flokkun og hlutfall gerenda ofbeldis eftir tengslum þeirra við þátttakendur.

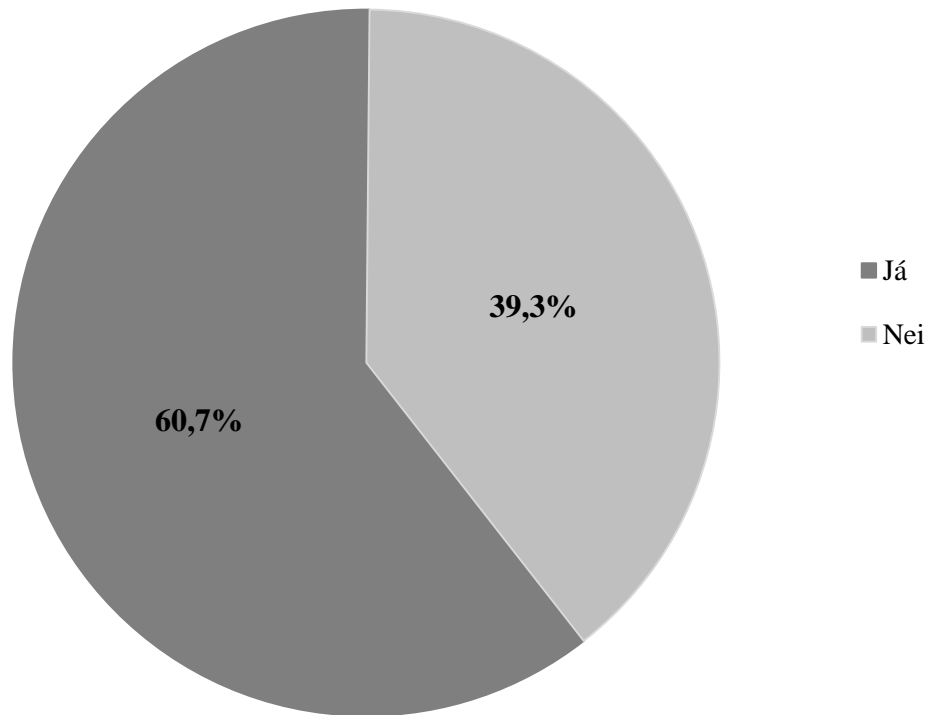
Þá var athugað hvort sá sem beitti því ofbeldi sem barnið varð sjálf fyrir eða vitni að, byggði ennþá á sama heimili og þátttakandi. Ef ekki var greint hvort barn væri í umgengni við geranda og/eða hvort gerandi sem ekki bjó á heimilinu áreitti heimilið ennþá t.d. með því að fylgjast með heimilinu í óþökk heimilismeðlima, senda hótanir í gegnum símtöl eða sms og margt fleira sem hafði í för með sér ótta og vanlíðan fyrir heimilismeðlimi. Í sumum tilfellum átti fleira en eitt atriði við um þátttakanda. Á mynd 7 má sjá að alls bjuggu 8 eða 28,6% þátttakanda á sama heimili og sá sem beitti þá og/eða aðra á heimili þeirra ofbeldi, 9 eða 32,14% voru í umgengni við þann sem beitti þá og/eða aðra á heimili þeirra ofbeldi og 14 eða 50% þátttakanda bjuggu á heimili sem gerandi áreitti ennþá. Niðurstöður sýna að yfir 60% þátttakanda búa á sama heimili og gerandi ofbeldis eða eru í umgengni við geranda, og að gerandi ofbeldis sem var fluttur út af heimilinu áreitti engu að síður ennþá heimilið hjá 50% þátttakanda.



Mynd 7. Hlutfall þátttakenda sem bjuggu á heimili með geranda ofbeldis, voru í umgengni við geranda eða bjuggu á heimili sem gerandi áreitti ennþá.

#### *Áfengis og/eða vímuefnamisnotkun á heimili*

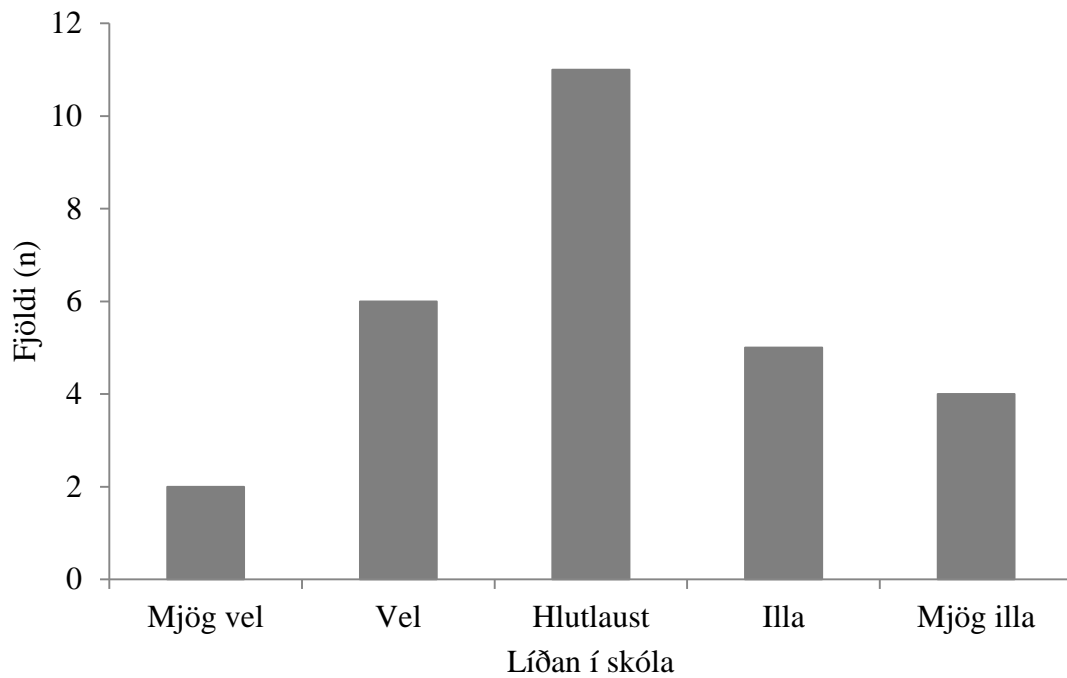
Hlutfall þátttakenda sem höfðu búið við áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili sínu var athuguð, sjá mynd 8. Alls voru 17 eða 60,7% þátttakenda sem bjuggu á heimili þar sem saga var um áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun foreldra og/eða systkina þátttakenda, en 39,3% þátttakenda höfðu ekki búið við áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili sínu.



Mynd 8. Hlutfall þátttakenda sem höfðu búið við áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili sínu.

#### *Líðan í skóla*

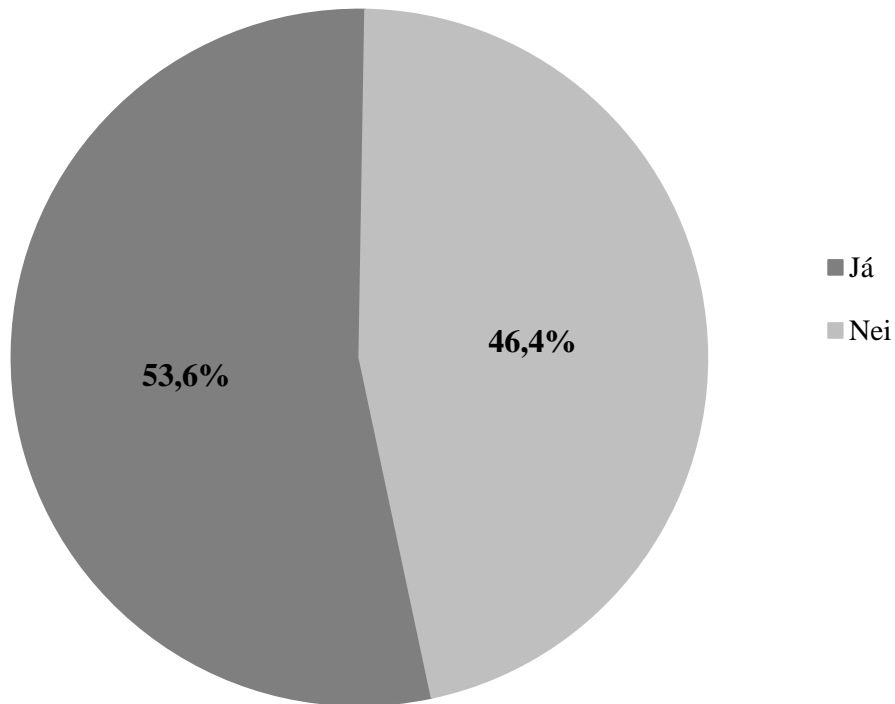
Gerð var athugun á líðan þátttakenda í skóla á fimm punkta *likert* kvarða frá 1 upp í 5. Á mynd 9 má sjá að samkvæmt mati forráðamanna voru 2 þátttakendur eða 7,14% sem leið mjög vel, 6 eða 21,43% leið vel, 11 sögðust hlutlaus eða 39,3%, 5 eða 17,85% leið illa og 4 eða 14,3% leið mjög illa. Niðurstöður sýna að tæplega 30% þátttakenda líður vel eða mjög vel í skólanum en rúmlega 30% líður illa eða mjög illa í skólanum.



Mynd 9. Fjöldi þátttakenda sem líður mjög vel, vel, hlutlaust, illa og mjög illa í skóla samkvæmt mati forráðamanna.

### *Einelti*

Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir einelti var athugað. Á mynd 10 má sjá að alls höfðu 15 eða 53,6% þátttakenda orðið fyrir einelti, en 46,4% höfðu ekki orðið fyrir einelti. Niðurstöður sýna því að rúmlega helmingur þátttakenda höfðu verið þolendur eineltis.



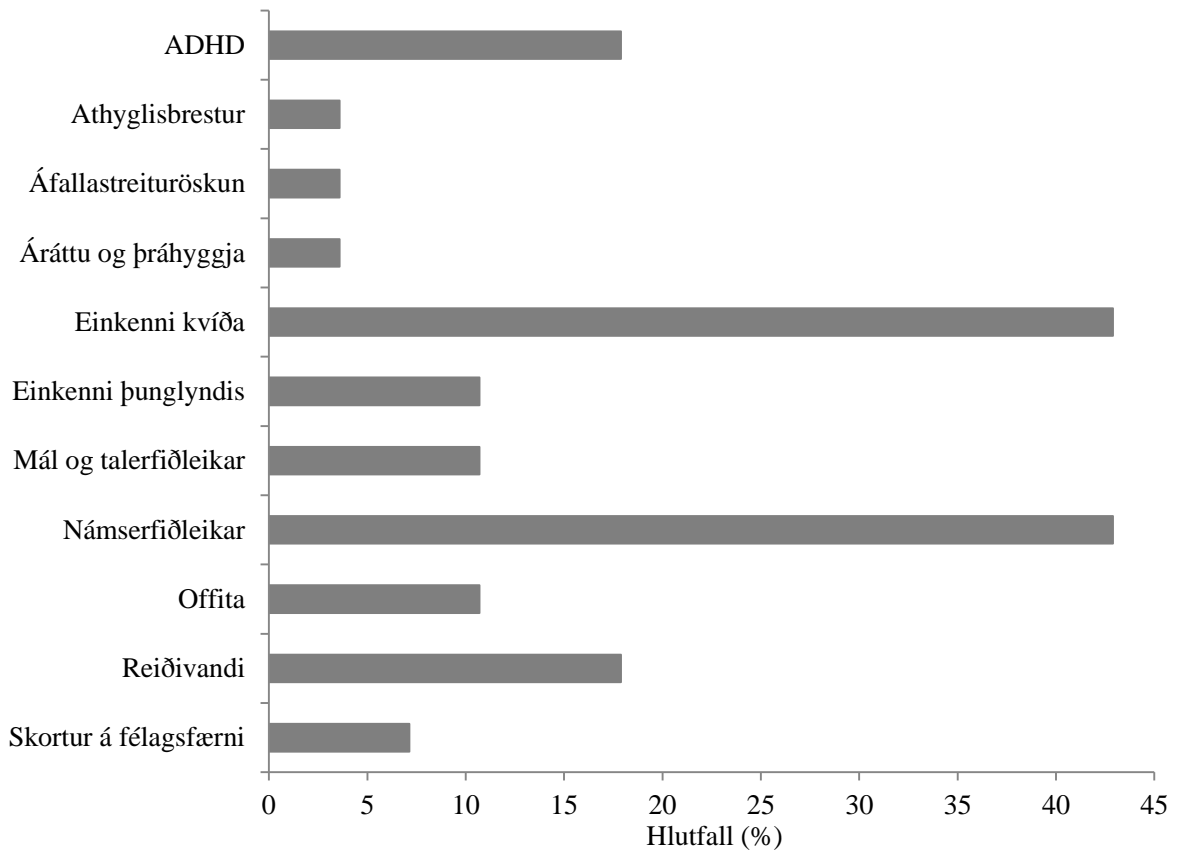
Mynd 10. Hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir einelti.

#### *Geðraskanir og annar vandi*

Forráðamenn þátttakenda svöruðu margvíslegum spurningum varðandi sálfélagslega líðan þátttakenda. Spurt var um geðraskanir og annan vanda en ekki var spurt um uppruna greiningar né hvaða greiningarskilmerkjum sú greining hefði verið byggð á. Í töflu 9 má sjá að af heildarfjölda þátttakenda eða 28 voru 5 eða 17,9% með ADHD, 1 eða 3,6% með athyglisbrest, 1 eða 3,6% með áfallastreituröskun, 12 eða 42,9% með einkenni kvíða, 3 eða 10,7% með einkenni þunglyndis, 1 eða 3,6% með áráttu og þráhyggju, 3 eða 10,7% með mál- og talerfiðleika, 12 eða 42,9% með námserfiðleika, 5 eða 17,9% með reiðivanda, 2 eða 7,14% með skort á félagsfærni og 3 eða 10,7% með offitu. Á mynd 11 má sjá hlutfall geðraskana og annars konar vanda hjá þátttakendum á myndrænan hátt. Niðurstöður sýna að hátt hlutfall þátttakenda eiga við margvíslegan sálfélagslegan vanda að stríða samkvæmt mati forráðamanna.

Tafla 9. Fjöldi og hlutfall þátttakenda með geðraskanir og annan vanda

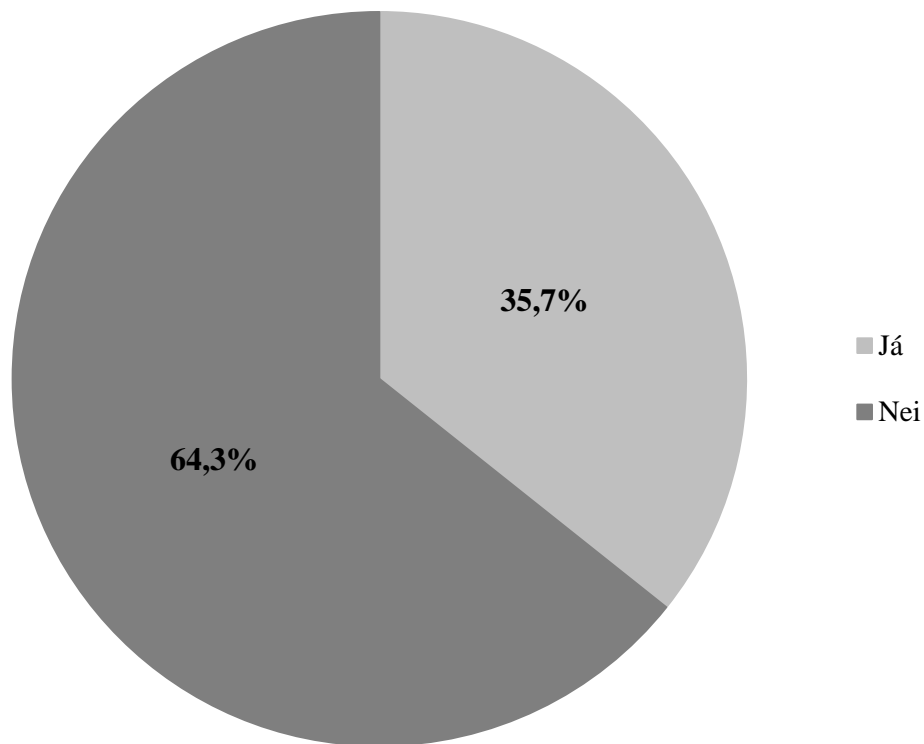
	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Heildarfjöldi	28	100
ADHD	5	17,9
Athyglisbrestur	1	3,6
Áfallastreituröskun	1	3,6
Einkenni kvíða	12	42,9
Einkenni þunglyndis	3	10,7
Áráttu og þráhyggja	1	3,6
Mál- og talerfiðleikar	3	10,7
Námserfiðleikar	12	42,9
Reiðivandi	5	17,9
Skortur á félagsfærni	2	7,14
Offita	3	10,7



Mynd 11. Hlutfall geðraskana og annars konar vanda hjá þátttakendum.

### *Sjálfsvígshugsanir*

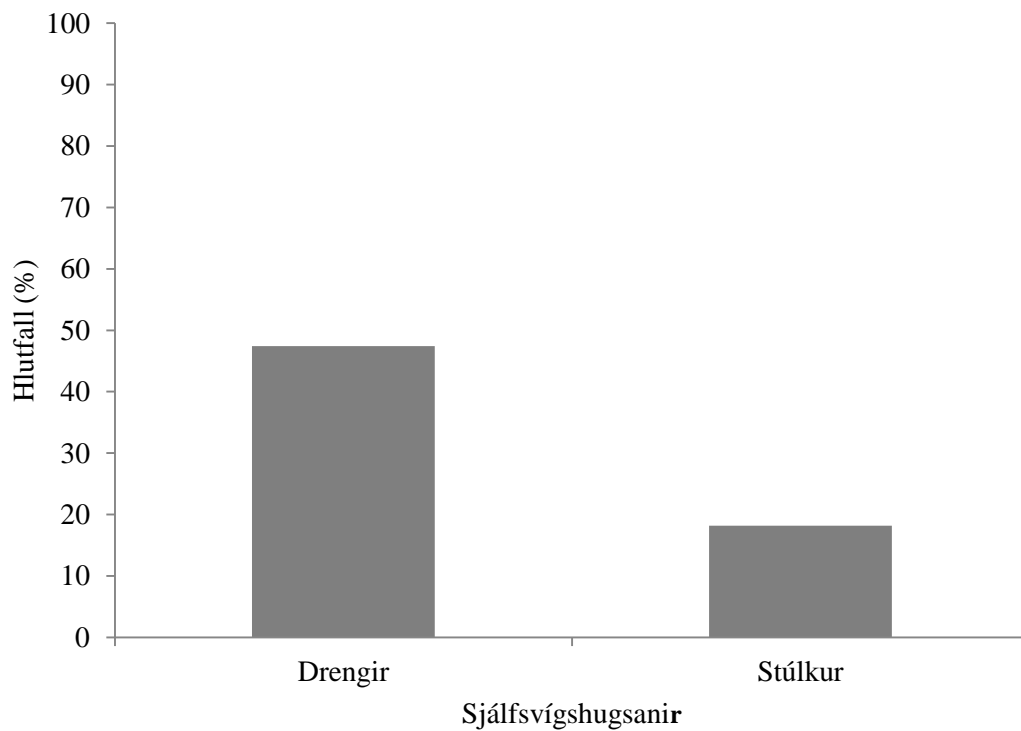
Hlutfall þátttakenda sem höfðu greint forráðamönnum sínum frá sjálfsvígshugsunum var athugað. Á mynd 12 má sjá að 35,7% eða 10 þátttakendur höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum en 64,3% eða 18 þátttakendur höfðu ekki greint frá sjálfsvígshugsunum. Niðurstöður sýna hátt hlutfall sjálfsvígshugsana hjá þátttakendum samkvæmt frásögn forráðamanna.



Mynd 12. Hlutfall þátttakenda sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum.

Þá var hlutfall sjálfsvígshugsana athugað út frá kyni allra þátttakenda til að greina hlutfall sjálfsvígshugsana í hvorum kynjahópi. Niðurstöður sýndu að af þeim 10 eða 35,7% þátttakenda sem greindu frá sjálfsvígshugsunum voru 8 drengir eða 47,41% af heildarfjölda drengja og 2 eða 18,18% af heildarfjölda stúlkna sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum. Á mynd 13 má sjá hlutfall sjálfsvígshugsana innan kynjahóps drengja og stúlkna. Niðurstöður sýna að tæplega helmingur þeirra drengja sem tóku þátt í rannsókninni höfðu greint forráðamönnum sínum frá sjálfsvígshugsunum, en hlutfall stúlkna sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum var mun lægra eða tæplega einn fimmti hluti þeirra stúlkna sem tóku þátt í rannsókninni.





Mynd 13. Hlutfall sjálfsvígshugsana innan kynjahóps drengja og stúlkna.

#### *Kvíði - MASC*

Alls voru 20 af 28 þátttakendum sem svöruðu kvíðakvarðanum MASC við upphaf meðferðar eða 71,4% af heildarfjölda þátttakenda í rannsókninni. Af þeim 20 börnum sem svöruðu MASC kvarðanum voru 9 stúlkur eða 45% og 11 drengir eða 55%. Aldursdreifing stúlkna var frá 8 til 11 ára, meðalaldur 9,33 ára, aldursdreifing drengja var frá 8 til 11 ára, meðalaldur 9,55 ára. Kynja- og aldurshlutfall þátttakenda sem svöruðu MASC kvarðanum má sjá í töflu 10.

Tafla 10. Kynja- og aldurshlutfall þátttakenda sem svöruðu MASC

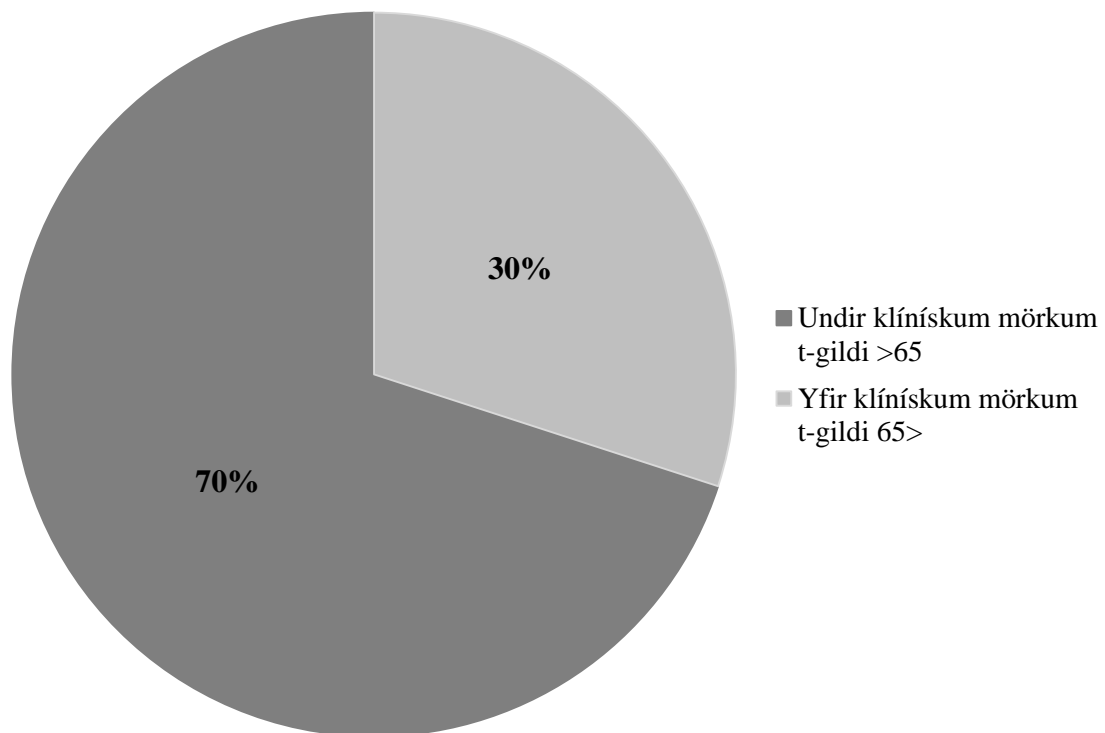
MASC	
Heildarfjöldi	20
Fjöldi stúlkna (n)	9
Hlutfall stúlkna (%)	45
Fjöldi drengja (n)	11
Hlutfall drengja (%)	55
Aldur stúlkna lægsta gildi	8
Aldur stúlkna hæsta gildi	11
Meðalaldur stúlkna	9,33
Aldur drengja lægsta gildi	8
Aldur drengja hæsta gildi	11
Meðalaldur drengja	9,55

Dreifing heildarskora fyrir alla þátttakendur sem svöruðu MASC kvarðanum má sjá í töflu 11, dreifingin var lægst 35 og hæst 79, meðalskor, 56,85 og staðalfrávik 12,5.

Tafla 11. Dreifing heildarskora (t-gildi) fyrir alla þátttakendur sem svöruðu MASC

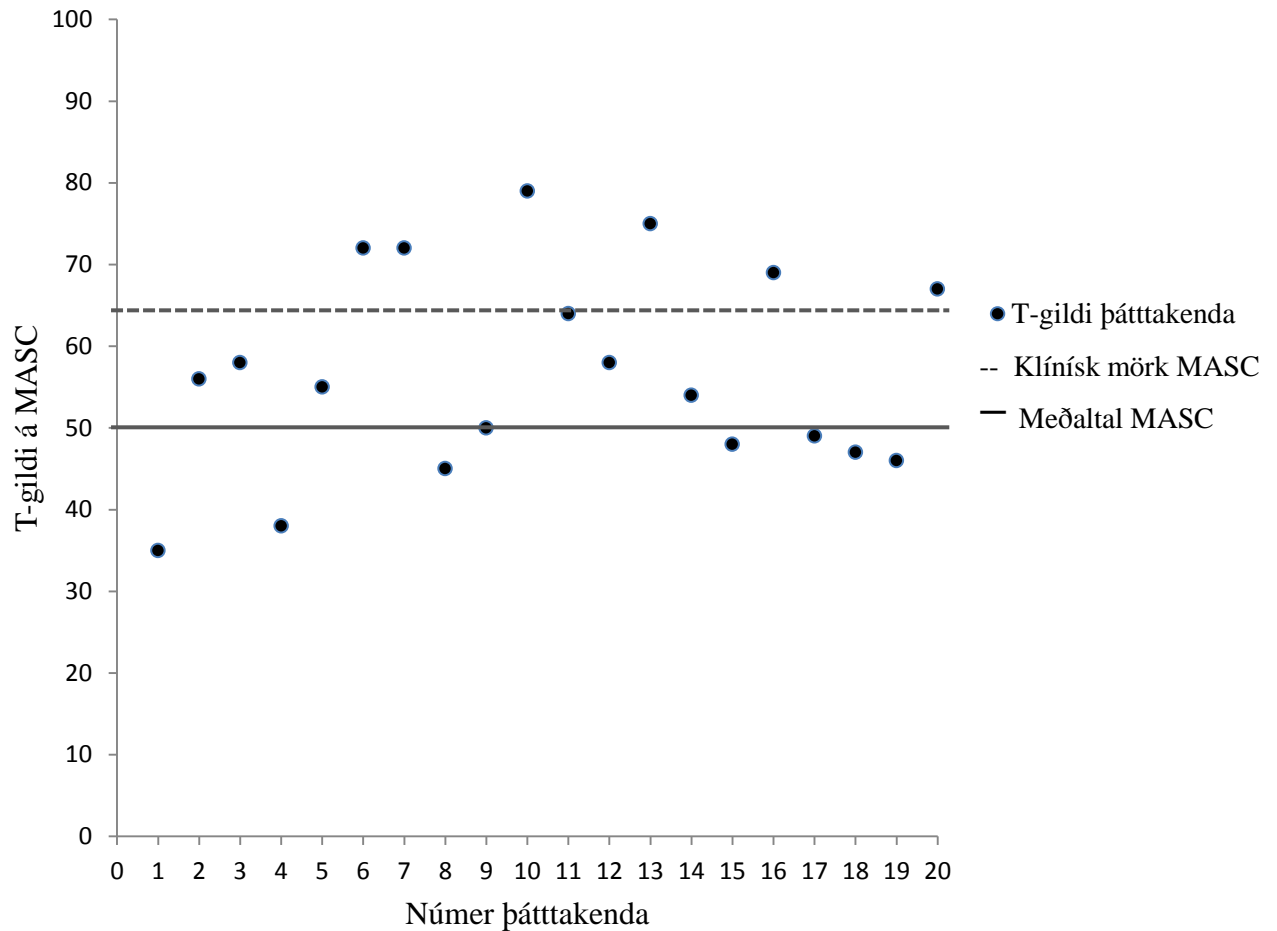
	Hlutfall	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal	Yfir klínískum mörkum (%)	Staðalfrávik
Kvíði (t-gildi)	71,4	35	79	56,85	30	12,5

Dreifing heildarskora á MASC kvarðanum (t-gildi) hjá stúlkum var lægst 35 og hæst 75, meðalskor 56,22. Dreifing heildarskora hjá drengjum var lægst 38 og hæst 79, meðalskor 57,36. Þátttakendur sem voru með t-gildi 65 eða hærra á heildarskori MASC voru alls 7 eða 30% þátttakenda, 3 stúlkur og 4 drengir. Það voru því 30% þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum kvíða á MASC kvarðanum (sjá mynd 14).



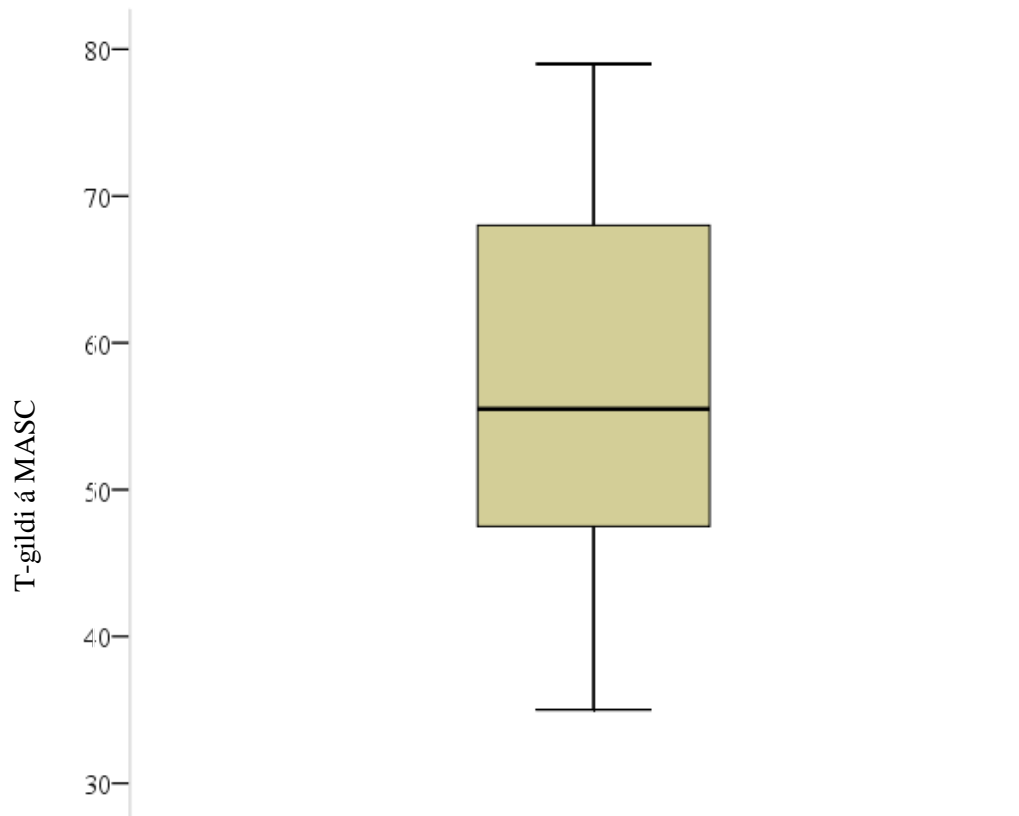
Mynd 14. Hlutfall þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum kvíða t-gildi <65> á MASC kvarðanum.

Dreifing t-gilda allra þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk samkvæmt MASC kvarðanum sem gefin eru upp í t-gildum má sjá á myndrænan hátt á mynd 15. Heila línan á myndinni stendur fyrir staðlað meðaltal sem er 50 og brotalínan stendur fyrir klínísk mörk sem er 65 og hærra. Hátt hlutfall eða tæplega þriðjungur þátttakenda var yfir klínískum mörkum kvarðans, einnig er hátt hlutfall þátttakenda yfir meðaltali og rétt undir klínískum mörkum.



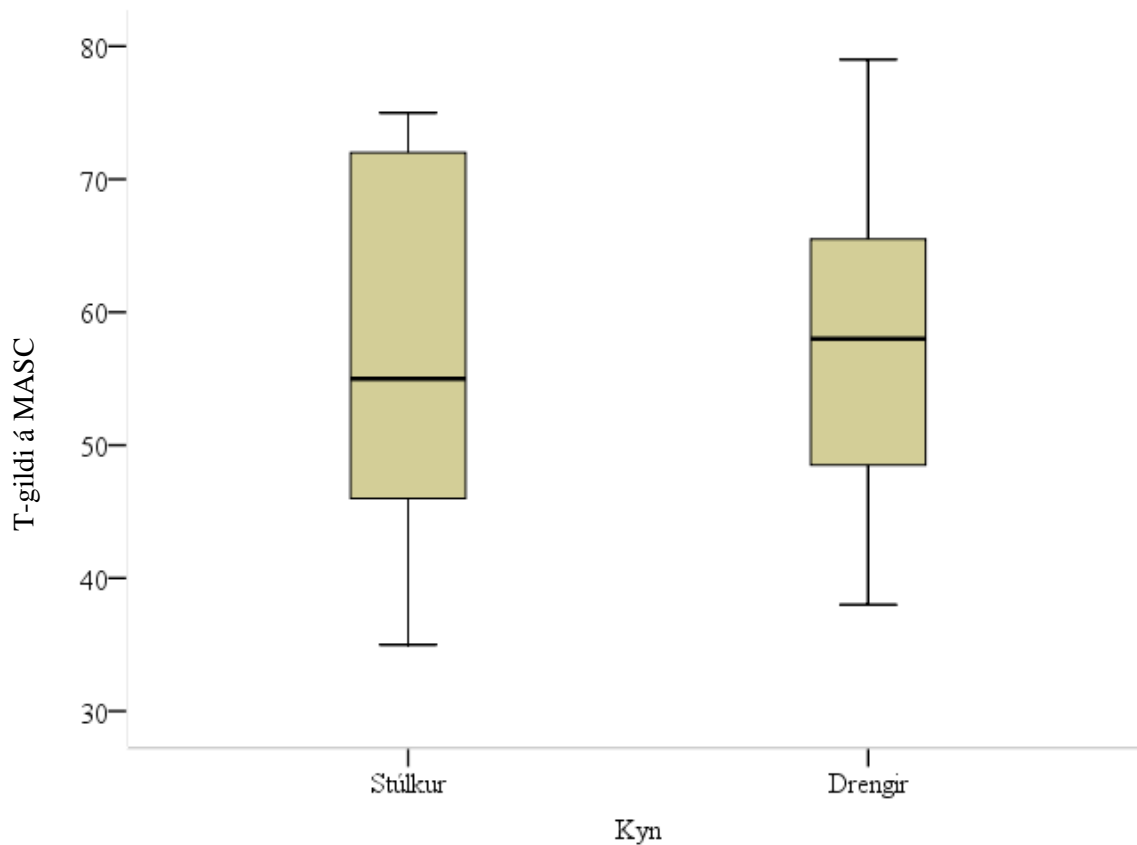
Mynd 15. Dreifing t-gilda þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk MASC kvarðans.

Til að greina dreifingu heildarskora á MASC kvarðanum, staðsetningu, mögulega skekkju og fráviksgildi í úrtakinu var dreifing t-gilda sett upp í kassarit sem sjá má á mynd 16. Dreifing t-gilda var á frekar breiðu bili, lægsta var 35 og hæsta 79, meðalskor 56,85. Kassi ritsins var aðeins lengri fyrir ofan meðalskor en neðan, há t-gildi eru því fleiri en lág sem þýðir að miðjudreifingin er jákvætt skekkt, en skeggin eru jafnlöng sem þýðir að efri og neðri fjórðungshluti dreifingarinnar er óskekktur. Engin fráviksgildi koma fram í dreifingunni.



Mynd 16. Dreifing t-gilda allra þátttakenda á MASC kvarðanum.

Þá var dreifing heildarskora á MASC kvarðanum athuguð úfrá kyni allra þátttakenda til að greina dreifingu t-gilda, staðsetningu, mögulega skekkju og fráviksgildi í hvorum kynjahópi fyrir sig. Á mynd 17 má sjá dreifingu t-gilda stúlkna og drengja. Dreifing t-gilda er á breiðu bili hjá báðum kynjahópum. Hæsta t-gildi stúlkna var 75 en lágsta 35, meðalskor 56,22. Kassi ritsins var lengri fyrir ofan meðalskor en neðan, há t-gildi eru því fleiri en lág sem þýðir að miðjudreifingin er jákvætt skekkt. Neðra skeggið er lengra en efra sem þýðir að efri og neðri fjórðungshlutar dreifingarinnar er neikvætt skekkt. Hæsta t-gildi drengja var 79 en lágsta 38, meðalskor 57,36. Kassi ritsins var aðeins lengri fyrir ofan meðalskor en neðan og efra skeggið er aðeins lengra en það neðra sem þýðir að dreifing t-gilda er lítillega jákvætt skekkt. Engin fráviksgildi koma fram í dreifingunni hjá hvorugum kynjahópnum.



Mynd 17. Dreifing t-gilda innan kynjahóps stúlkna og drengja á MASC kvarðanum.

#### *Punglyndi - CDI*

Alls voru 20 af 28 þátttakendum sem svöruðu þunglyndiskvarðanum CDI við upphaf meðferðar eða 71,4% heildarfjölda þátttakenda í rannsókninni. Af þeim 20 börnum sem svöruðu CDI kvarðanum voru 9 stúlkur eða 45% og 11 drengir eða 55%. Aldursdreifing stúlkna var frá 8 til 11 ára, meðalaldur 9,33 ára. Aldursdreifing drengja var frá 8 til 11 ára, meðalaldur 9,55 ára. Kynja- og aldurslutfall þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum má sjá í töflu 12.

Tafla 12. Kynja- og aldurshlutfall þátttakenda sem svöruðu CDI.

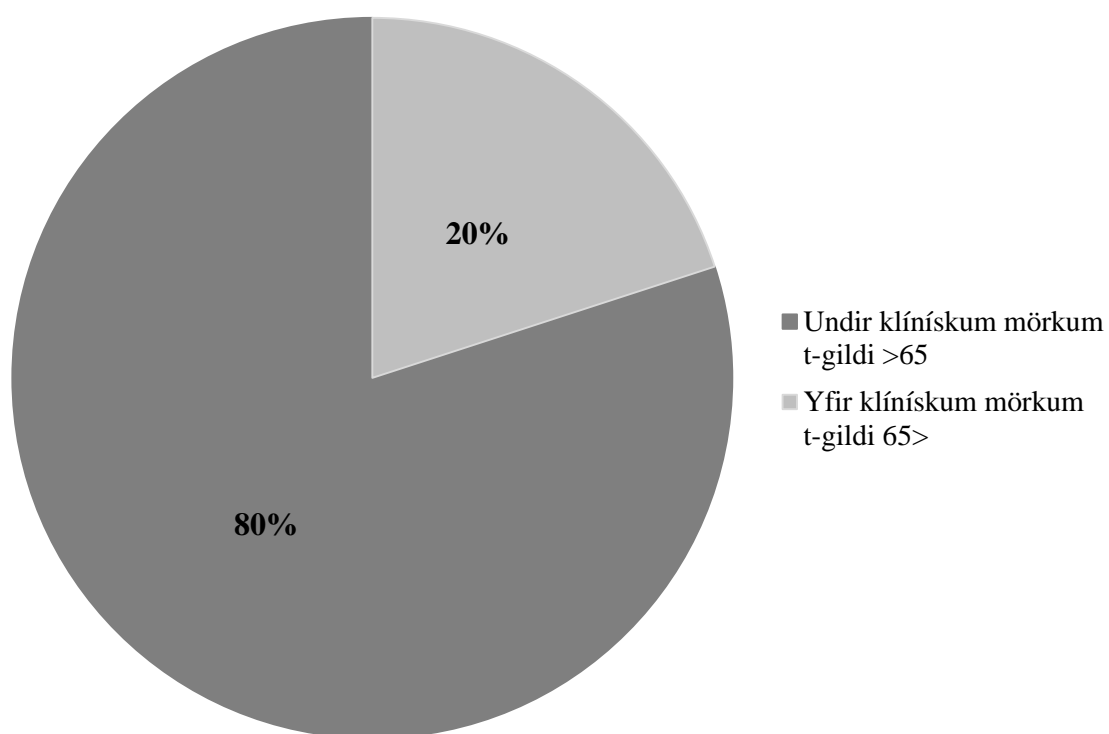
CDI	
Heildarfjöldi	20
Fjöldi stúlkna (n)	9
Hlutfall stúlkna (%)	45
Fjöldi drengja (n)	11
Hlutfall drengja (%)	55
Aldur stúlkna lægsta gildi	8
Aldur stúlkna hæsta gildi	11
Meðalaldur stúlkna	9,33
Aldur drengja lægsta gildi	8
Aldur drengja hæsta gildi	11
Meðalaldur drengja	9,55

Dreifing heildarskora (t-gildi) allra þátttakenda var lægst 40 og hæst 79, meðalskor 52,65 og staðalfrávik 9,58 (sjá töflu 13).

Tafla 13. Dreifing heildarskora (t-gildi) fyrir alla þátttakendur sem svöruðu CDI.

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal	Yfir klínískum mörkum (%)	Staðalfrávik
Þunglyndi (t-gildi)	20	71,4	40	79	52,65	20	9,58

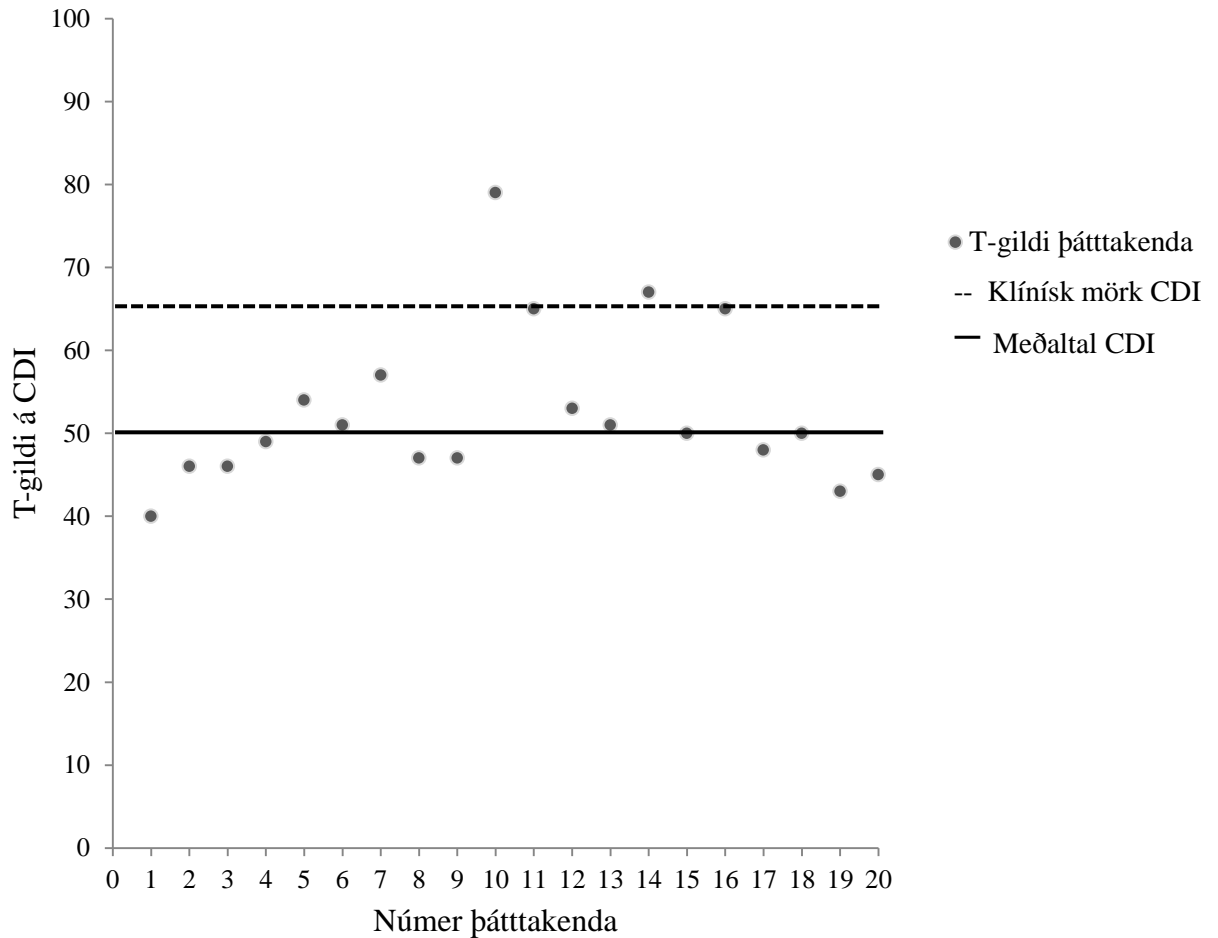
Dreifing heildarskora á CDI kvarðanum (t-gildi) hjá stúlkum var lægst 40 og hæst 57, meðalskor 48,44. Dreifing heildarskora hjá drengjum var lægst 45 og hæst 79, meðalskor 56,09. Þátttakendur sem voru með t-gildi 65 eða herra á heildarskori CDI voru alls 4 drengir en engin stúlka. Það voru því 20% þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum með t-gildi 65 eða herra á heildarskori CDI kvarðans. Á mynd 18 má sjá hlutfall þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum þunglyndis á CDI kvarðanum.



Mynd 18. Hlutfall þátttakenda sem voru yfir klínískum mörkum þunglyndis t-gildi 65> á CDI kvarðanum.

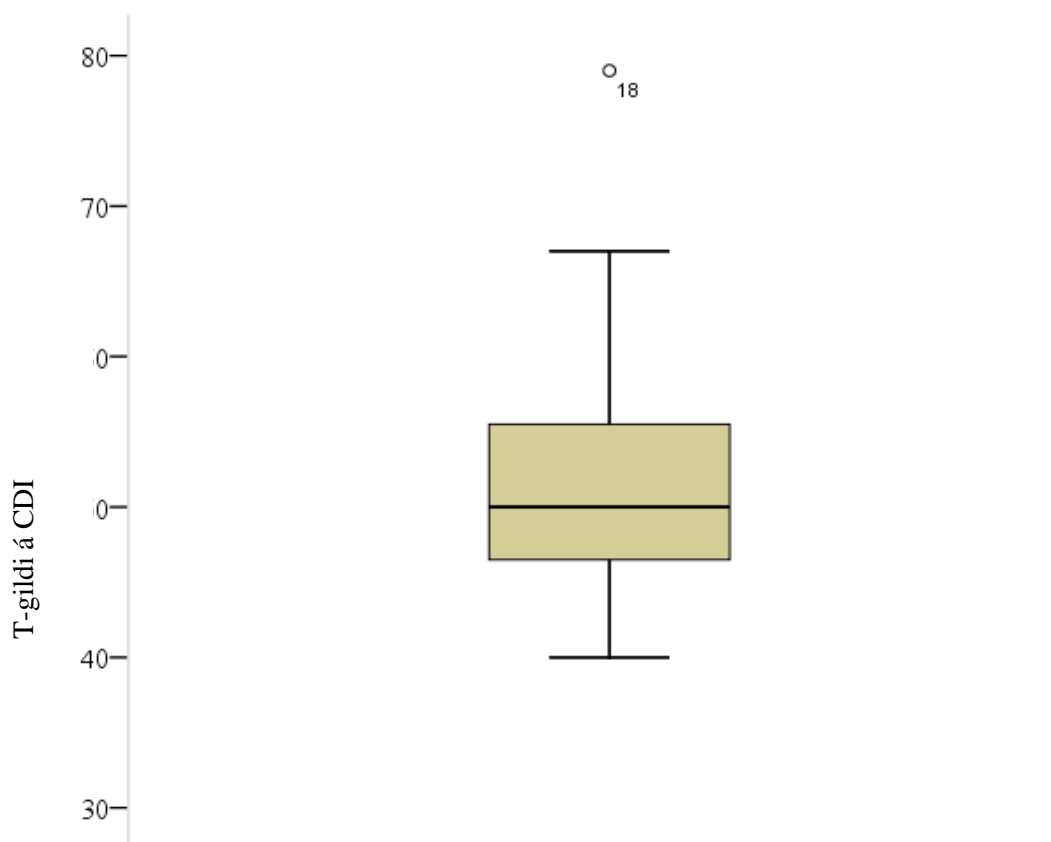
Dreifing t-gilda allra þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk samkvæmt CDI kvarðanum sem gefin eru upp í t-gildum má sjá á myndrænan hátt á mynd 19. Heila línan á myndinni stendur fyrir staðlað meðaltal sem er 50 og brotalínan stendur fyrir klínísk mörk sem er 65 og hærra. Meirihluti þátttakenda er undir klínískum mörkum og raðast í kringum staðlað meðaltal CDI kvarðans.





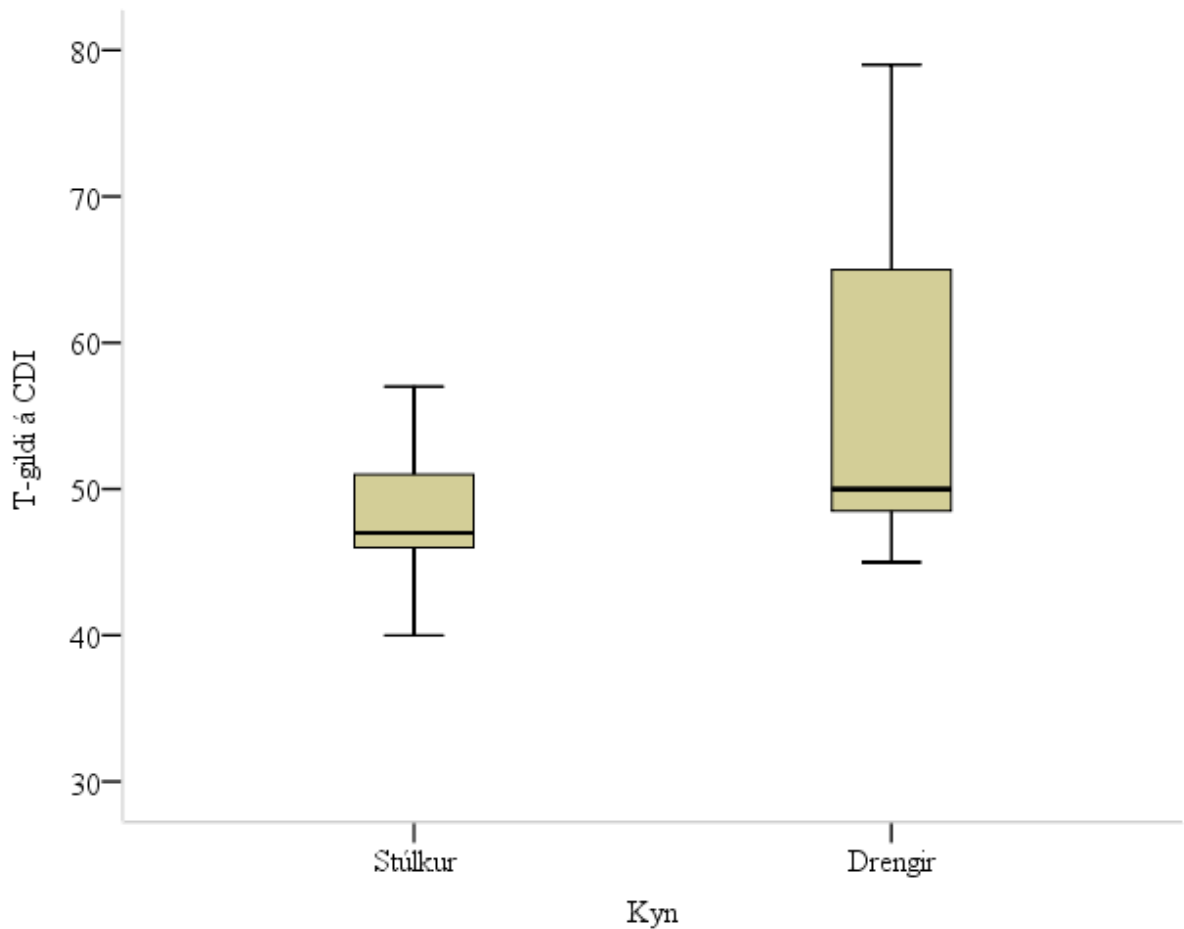
Mynd 19. Dreifing t-gilda þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk CDI kvarðans.

Til að greina dreifingu heildarskora á CDI kvarðanum, staðsetningu, mögulega skekkju og fráviksgildi í úrtakinu var dreifing t-gilda sett upp í kassarit sem sjá má á mynd 20. Dreifing t-gilda var á frekar breiðu bili, lágsta var 40 og hæsta 79, meðalskor 52,65. Kassi ritsins var lengri fyrir ofan meðalskor en neðan og efra skeggið er lengra en það neðra, það eru því fleiri há t-gildi en lág, sem þýðir að dreifingin er jákvætt skekkt. Eitt fráviksgildi kom fram í dreifingunni, þátttakandi númer 18 sem víkur töluvert frá efstu línu skeggs. En þar sem möguleg heildarskor CDI kvarðans ná mun hærra en kvarðinn á mynd gefur tilefni til og gildið er vel innan marka samkvæmt skorun CDI kvarðans (sjá dreifingu t-gilda þátttakenda í samanburði við staðlað meðaltal og klínísk mörk CDI kvarðans), þá var gildið ekki fjarlægt.



Mynd 20. Dreifing t-gilda allra þátttakenda á CDI kvarðanum.

Þá var dreifing heildarskora á CDI kvarðanum athuguð úfrá kyni allra þátttakenda til að greina dreifingu t-gilda, staðsetningu, mögulega skekkju og fráviksgildi í hvorum kynjahópi fyrir sig. Á mynd 21 má sjá dreifingu t-gilda stúlkna og drengja. Dreifing t-gilda hjá drengjum var á mun breiðara bili en dreifing t-gilda hjá stúlkum. Hæsta t-gildi stúlkna var 57 en lágsta 40, meðalskor 48,44. Kassi ritsins var lengri fyrir ofan meðalskor en neðan, há t-gildi eru því fleiri en lág sem þýðir að miðjudreifingin er jákvætt skekkt, en skeggin eru jafnlöng sem þýðir að efri og neðri fjórðungshluti dreifingarinnar er óskekktur. Hæsta t-gildi drengja var 79 en lágsta 45, meðalskor 56,09. Kassi ritsins var lengri fyrir ofan meðalskor en neðan og efra skeggið er mun lengra en það neðra sem þýðir að dreifing t-gilda er jákvætt skekkt.



Mynd 21. Dreifing t-gilda innan kynjahóps stúlkna og drengja á CDI kvarðanum.

#### *Sjálfsvígshugsanir - CDI*

Í spurningu nr. 9 á CDI kvarðanum er spurt um sjálfsvígshugsanir. Athugað var hlutfall þátttakenda sem merktu við svarmöguleikana „Ég hugsa ekki um að drepa mig“, „Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það“ og „Mig langar til að drepa mig“. Niðurstöður sýndu að af heildarfjölda þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum voru 17 eða 85% þátttakenda sem merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa ekki um að drepa mig“, 3 eða 15% þátttakenda merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það“ og enginn þátttakandi merkti við síðasta svarmöguleikann eða „Mig langar til að drepa mig“ (sjá töflu 14).

Tafla 14. Svör þátttakenda á spurningu nr. 9 á CDI kvarðanum.

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það	3	15
Ég hugsa ekki um að drepa mig	17	85

Við úrvinnslu úr niðurstöðum hálfstaðlaðs inntökuviðtals sem tekin voru við alla forráðamenn þátttakenda kom fram að af heildarfjölda þátttakenda eða 28 voru alls 10 eða 35,7% þátttakenda sem höfðu greint forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum (sjá mynd 12). Hlutfall þátttakenda sem svöruðu spurningu nr. 9 játandi á sjálfsmatskvarðanum CDI þ.e. merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það“ var athugað í samanburði við hlutfall þátttakenda sem höfðu greint forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum. Í töflu 15 má sjá niðurstöður þess samanburðar. Af heildarfjölda þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum eða 20, voru 7 eða 35% þátttakenda sem greindu forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum, 3 eða 15% þátttakenda merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það“ en 4 eða 20% þátttakenda merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa ekki um að drepa mig“.

Tafla 15. Samanburður á hlutfalli sjálfsvígshugsana samkvæmt sjálfsmati þátttakenda og frásagnar forráðamanna.

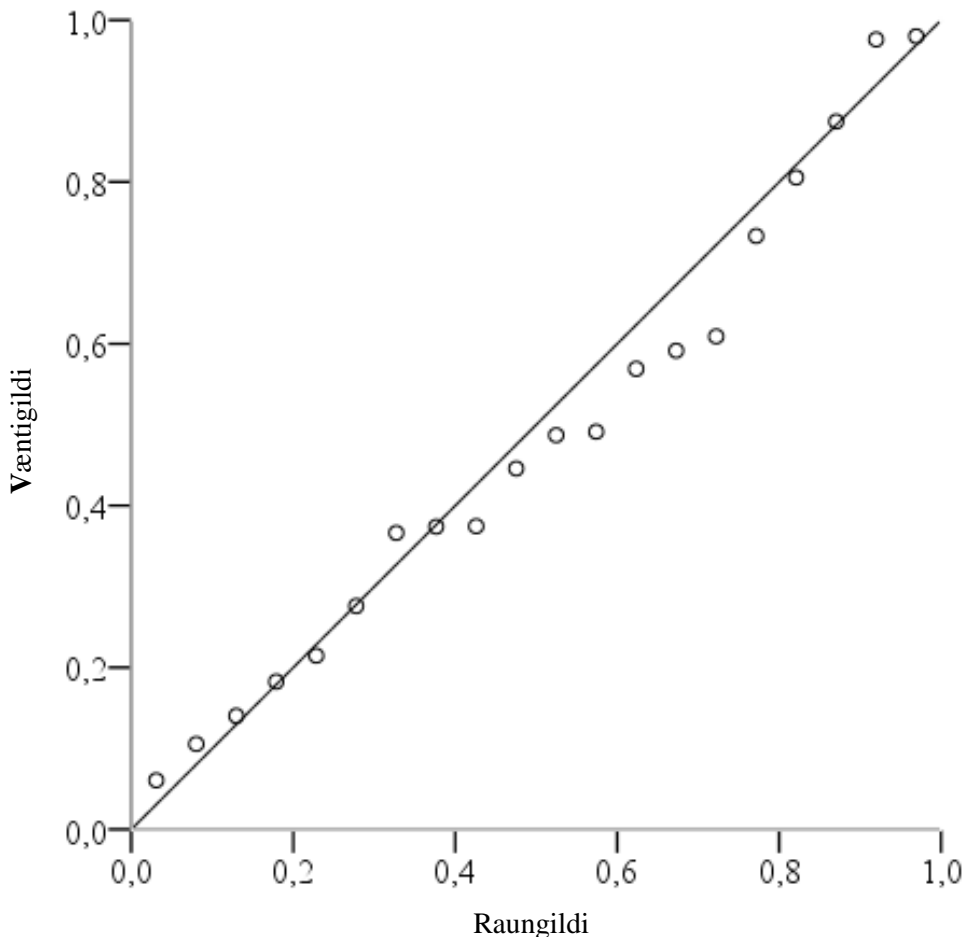
	Sjálfsvígshugsanir	
	Hlutfall (%)	
	Já	Nei
Sjálfsmat þátttakenda	15	20
Frásögn forráðamanna	35	0

#### *Samsláttur kvíða og þunglyndis*

Skörun einkenna kvíða og þunglyndis var skoðuð, þ.e. að hve miklu leyti einkenni þunglyndis þátttakenda samkvæmt heildarskori CDI kvarðans skýrast af einkennum kvíða þátttakenda samkvæmt MASC kvarðanum. Til þess að greina skörun einkenna var gerð einföld línuleg aðfallsgreining. Hallastuðull t-gilda MASC kvarðans var marktækur þar sem  $F(1, 18) = 9,808$ ,  $p = 0.006$ . Skýrða dreifingin  $R^2$  (*R square*) var 0,354, sem þýðir að einkenni kvíði skýra rúmlega 35% af dreifingu þunglyndiseinkenna í þessu

úrtaki. Fylgnistuðulinn beta ( $\beta$ ) var 0,775 sem þýðir að þegar t-gildi MASC kvarðans hækkuðu um eina einingu þá hækkuðu t-gildi CDI kvarðans um 0,775. Samkvæmt því spáir líkanið fyrir um að sá sem væri með t-gildi 55 á MASC kvarðanum yrði með t-gildið 55,775 CDI kvarðanum.

Á mynd 22 má sjá myndrænar niðurstöður aðfallsgreiningarinnar, dreifingu raungilda og hvernig þau falla að væntigildum. Raungildin féllu vel að væntigildum í neðri og efri hluta dreifingarinnar, en raungildin féllu ekki mjög vel að væntigildum í miðju dreifingarinnar en voru þó ekki mjög langt frá því. Niðurstöður aðfallsgreiningar sýndu að línuleg tengsl væru til staðar milli kvíða- og þunglyndiseinkenna þátttakenda í úrtakinu, þegar heildarskor á MASC kvarðanum hækkaði þá hækkaði einnig heildarskor á CDI kvarðanum.



Mynd 22. Niðurstöður aðfallsgreiningar sem sýnir dreifingu raungilda (t-gildi á MASC) í samanburði við væntigildi (t-gildi á CDI).

### *Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir kyni*

Til að greina hvort marktækur munur væri á meðalskori kynjanna á MASC og CDI kvörðunum var framkvæmt t-próf óháðra úrtaka (*independent sample t-test*). Í töflu 16 má sjá að meðalskor drengja á MASC var 57,36 og meðalskor stúlkna var 56,22. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum drengja og stúlkna á MASC kvarðanum þar sem  $t=-0,198$  og  $p=0,845$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Meðalskor drengja á CDI kvarðanum var 56,09 og meðalskor stúlkna var 48,44. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum drengja og stúlkna á CDI kvarðanum þar sem  $t=-1,892$  og  $p=0,075$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Niðurstöður sýna að enginn marktækur munur er á meðalskori kvarðanna eftir kyni. En þó er greinilegur munur á meðalskori CDI eftir kyni, meðalskor drengja er tæpum 8 stigum hærra en meðalskor stúlkna en sá munur er ekki marktækur.

Tafla 16. Meðalskor á MASC og CDI eftir kyni.

	Fjöldi (n)	Meðalskor MASC	Meðalskor CDI
Drengir	11	57,36	56,09
Stúlkur	9	56,22	48,44

### *Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis*

Athugað var hvort marktækur munur væri á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir því hvort þeir höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi á heimili eða orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra á heimili. Framkvæmt var *Mann-Whitney U* próf sem mælir hvar gildi raðast innan tveggja óháðra hópa. Í töflu 17 má sjá að meðalskor þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi á MASC kvarðanum var 58,08 og meðal raðtala 11,19. Meðalskor þátttakenda á MASC sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra var 54,57 og meðal raðtala 9,21. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum MASC þeirra þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi og þeirra sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra, þar sem  $z=-0,714$  og  $p=0,475$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Því er ekki hægt að álykta að munur sé á kvíðaeinkennum þessa tveggja hópa. Meðalskor þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi á CDI kvarðanum var 54,54 og meðal raðtala 11,15, meðalskor þátttakenda á CDI sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra var 49,14

og meðal raðtala 9,29. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum CDI þeirra sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi og þeirra sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra þar sem  $z=-0,675$  og  $p=0,5$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Þrátt fyrir að meðalskor á MASC og CDI séu hærri hjá þeim sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi heldur en hjá þeim sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra þá er munurinn ekki marktækur og því ekki hægt að álykta að munur sé á þunglyndiseinkennum þessa tveggja hópa.

Tafla 17. Meðalskor þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis.

	Fjöldi (n)	MASC		CDI	
		Meðalskor	Meðal raðtölur	Meðalskor	Meðal raðtölur
Beitt líkamlegu ofbeldi	13	58,08	11,19	54,54	11,15
Vitni að líkamlegu ofbeldi milli annarra	7	54,57	9,21	49,14	9,29

*Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda*

Athugað var hvort marktækur munur væri á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir því hvort þeir bjuggu hjá/voru í umgengni við geranda eða bjuggu ekki hjá né voru í umgengni við geranda. Framkvæmt var *Mann-Whitney U* próf og í töflu 18 má sjá að meðalskor þátttakenda sem bjuggu hjá eða voru í umgengni við geranda á MASC kvarðanum var 60 og meðal raðtala 11,9. Meðalskor þátttakenda á MASC sem ekki bjuggu hjá né voru í umgengni við geranda var 51 og meðal raðtala 9,1. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum MASC þeirra sem bjuggu hjá/voru í umgengni við geranda og þeirra sem gerðu það ekki, þar sem  $z=-1,059$  og  $p=0,290$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Því er ekki hægt að álykta að munur sé á kvíðaeinkennum þessa tveggja hópa. Meðalskor þátttakenda sem bjuggu hjá eða voru í umgengni við geranda á CDI kvarðanum var 55,5 og meðal raðtala 11,95, meðalskor þátttakenda á CDI sem ekki bjuggu hjá né voru í umgengni við geranda var 49,8 og meðal raðtala 9,05. Ekki reyndist marktækur munur á meðalskorum CDI þeirra sem bjuggu hjá/voru í umgengni við geranda og þeirra sem gerðu það ekki, þar sem  $z=-1,098$  og  $p=0,272$ , við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ . Því er ekki hægt að álykta að munur sé á þunglyndiseinkennum þessa tveggja hópa.

Tafla 18. Meðalskor þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda.

	Fjöldi (n)	MASC		CDI	
		Meðalskor	Meðal raðtölur	Meðalskor	Meðal raðtölur
Býr hjá eða umgengst geranda	10	60	11,9	55,5	11,95
Býr ekki hjá né umgengst geranda	10	51	9,1	49,8	9,05



## Umræða

Ótal rannsóknir sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á að þróa með sér margskonar sálfélagsleg vandamál sem geta þróast úti alvarlegar geðraskanir eins og t.d. kvíða, þunglyndi og áfallastreituröskun sem geta verið langvinnar og fylgt fram á fullorðinsár (Øverlien, 2010; Kitzmann o.fl., 2003; Harold og Howarth, 2004). Ýmsir þættir eru taldir auka áhættuna á því að barn verði fyrir sálrænu eða líkamlegu ofbeldi á heimili sínu (Daro, 2011; Crooks og Wolfe, 2007). Markmið þessarar rannsóknar skiptist í tvo meginþætti. Annars vegar að meta sameiginlega þætti þeirra barna sem tóku þátt í rannsókninni út frá niðurstöðum hálfstaðlaðs inntökuvíðtals sem forráðamenn svöruðu, og bera saman við niðurstöður erlendra rannsókna á áhættuþáttum ofbeldis gegn börnum. Hins vegar að meta einkenni kvíða og þunglyndis barnanna samkvæmt niðurstöðum staðlaðra mælitækja MASC og CDI sem börnin svöruðu sjálf og greina einkenni kvíða og þunglyndis út frá ýmsum sameiginlegum þáttum barnanna.

### Mat á sameiginlegum þáttum

#### *Bakgrunnsupplýsingar forráðamanna*

Niðurstöður athugunar á bakgrunnsupplýsingum forráðamanna sýndu að af heildarfjölda forráðamanna sem tóku þátt í rannsókninni eða 28, var meirihluti svarenda mæður eða 75%. Helmingur forráðamanna höfðu aðeins lokið grunnskólaprófi en rúm 20% höfðu lokið háskólanámi. Rúmlega helmingur forráðamanna voru í vinnu en rúmlega 40% voru á atvinnuleysisbótum eða örorku (sjá nánar í töflu 6). Niðurstöður sýna að hátt hlutfall forráðamanna þátttakenda voru með lágt menntunarstig og á félagslegum bótum. Niðurstöður eru í samræmi við fjölda rannsókna sem sýna að börn foreldra með lágt menntunarstig og börn foreldra sem eru á félagslegum bótum/örorku eru í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili (Kruttschnitt o.fl., 2002).

#### *Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda*

Heildarfjöldi þátttakenda í rannsókninni var 28. Við greiningu bakgrunnsupplýsinga sýndu niðurstöður að meirihluti þátttakenda voru drengir eða rúm 60% (sjá töflu 7).

Aldursdreifing heildarfjölda þátttakenda var á breiðu bili eða lægst 7 hæst 17 meðalaldur 10,18 ár en aldursdreifing milli kynja var nokkuð jöfn. Athugun á þjóðerni þátttakenda sýndi að tæplega helmingur þátttakenda átti annað eða báða foreldra af erlendum uppruna (sjá töflu 8). Rannsóknir á ofbeldi gegn konum í nánnum samböndum á Norðurlöndunum sýna að konur af erlendum uppruna eru í meiri áhættu á að búa við heimilisofbeldi (WHO, 2013). Í rannsókn frá árinu 2008 á umfangi heimilisofbeldis í Danmörku sýndu niðurstöður að konur af erlendum uppruna voru í mun meiri áhættu á að vera beittar ofbeldi á heimili heldur en danskar konur (Helweg-Larsen og Frederiksen, 2008). Erlendar rannsóknir sýna að í 30 til 60% tilfella heimilisofbeldis eru börnin einnig beitt ofbeldi (Department of Health, 2005; Edleson, 1999) sem þýðir að ofbeldi á heimilum gegn konum og börnum fylgist að í mörgum tilfellum. Af þessu má ráða að börn mæðra af erlendum uppruna séu í meiri áhættu á að búa við heimilisofbeldi og því eru niðurstöður rannsókna í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna.

Við athugun á heimilisfesti þátttakenda kom í ljós að um 65% þátttakenda bjuggu á heimili hjá forráðamanni sem var giftur eða í sambúð en um 35% þátttakenda bjuggu á heimili hjá einstæðum forráðamanni (sjá töflu 8). Rannsóknir sýna að börn sem búa hjá einstæðum foreldrum eru líklegri til að vera beitt ofbeldi á heimili sínu heldur en börn sem búa hjá kjarnafjölskyldu (Trocmé o.fl., 2001). Kjarnafjölskylda felur í sér að báðir lífforeldrar barns búi saman, en í rannsókninni var ekki greint hlutfall þar sem lífforeldrar barns bjuggu saman heldur var greint hlutfall forráðamanna sem væru í sambúð eða giftir. Það sem líklega skýrir þetta lága hlutfall þátttakenda sem bjuggu á heimili hjá einstæðum forráðamanni er að í mörgum tilfellum höfðu forráðamenn þátttakenda skilið við lífforeldri barnsins og hafið sambúð með nýjum maka, auk þess voru fjórir þátttakendur á forræði fósturforeldra og bjuggu því eðli málsins samkvæmt ekki hjá lífforeldrum (sjá töflu 6).

Börn sem koma úr barnmörgum fjölskyldum eru talinn í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili sínu (Daro, 2011). Meirihluti þátttakenda eða rúm 70% átti þrjú systkini eða fleiri, þar af voru tæp 20% sem áttu fjögur systkini og rúm 10% sem áttu fimm systkini (sjá töflu 8). Samkvæmt hagtölum frá Hagstofu Íslands voru meðalfjöldi barna í íslenskum fjölskyldum um 2,2 börn árin 2007-2011 (Hagstofa Íslands, 2011). Því er ljóst að meirihluti þátttakenda kom úr fjölskyldum þar sem fjöldi barna var yfir meðalfjölda barna í íslenskum fjölskyldum. Niðurstöður eru í samræmi við rannsókn

Daro og félagar frá árinu 2011, börn úr barnmörgum fjölskyldum virðast vera í meiri áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili sínu.

### *Ofbeldisreynsla þátttakenda*

Allir þátttakendur rannsóknarinnar höfðu búið við heimilisofbeldi. Um 65% þátttakenda höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili, tæp 30% höfðu verið beittir annars konar sálrænu ofbeldi á heimili en rúm 7% höfðu eingöngu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili en ekki verið beitt annars konar sálrænu ofbeldi né líkamlegu ofbeldi (sjá mynd 2). Nær allir þátttakendur eða rúm 90% höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili sínu (sjá mynd 1). Meirihluti þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi höfðu því einnig orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili (sjá mynd 3). Rannsóknir sýna að börn sem búa við heimilisofbeldi eru í aukinni áhættu á að vera einnig beitt líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi (McGuigan og Pratt, 2001; Appel og Holden, 1998). Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna, börn sem búa við heimilisofbeldi á Íslandi eru í aukinni áhættu á að vera einnig beitt líkamlegu ofbeldi eða annars konar sálrænu ofbeldi.

Ýmsir þættir eru taldir hafa áhrif á hversu skaðlegar afleiðingar ofbeldisreynsla hefur á börn en rannsóknir sýna að afleiðingarnar eru skaðlegri eftir því hversu mörgum tegundum ofbeldis barn verður fyrir á heimili sínu þ.e. það hefur skaðlegri áhrif á börn að vera bæði t.d. beitt líkamlegu ofbeldi og verða vitni að ofbeldi á heimili heldur en að verða aðeins fyrir einni tegund ofbeldis á heimili (Edward o.fl., 2003; Edleson o.fl., 2007; Wolfe, 2003). Í ljósi þess má því ætla að þátttakendur rannsóknarinnar séu í aukinni áhættu á að hafa hlotið skaðlegar afleiðingar þar sem niðurstöður sýndu að flestir þátttakendur höfðu orðið fyrir fleiri en einni tegund ofbeldis.

### *Alvarleiki ofbeldis*

Af þeim hluta þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi á heimili höfðu meirihluti þeirra eða rúmlega 65% þátttakenda hlotið af því sjáanlega líkamlega áverka (sjá mynd 4). Af þeim hluta þátttakenda sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á milli annarra á heimili voru rúm 85% sem voru vitni að líkamlegu ofbeldi þar sem polandi þess hlaut af því sjáanlega líkamlega áverka (sjá mynd 5). Niðurstöður sýna að

Það ofbeldi sem þátttakendur urðu vitni að á heimili sínu var oftast mjög alvarlegt þar sem sjáanlegir líkamlegir áverkar hlutust af því. Meðal þeirra þátta sem eru taldir hafa áhrif á hversu skaðlegar afleiðingar ofbeldisreynsla hefur á börn er alvarleiki ofbeldis þ.e. því alvarlegra sem ofbeldið er þeim mun alvarlegri eru afleiðingarnar (Edward o.fl., 2003; Edleson o.fl., 2007; Wolfe, 2003). Í ljósi þess má því ætla að þátttakendur þessarar rannsóknar séu í aukinni áhættu á að hafa hlotið skaðlegar afleiðingar þar sem niðurstöður sýndu að flestir þátttakendur höfðu orðið fyrir og/eða orðið vitni að mjög alvarlegu ofbeldi þar sem sjáanlegir líkamlegir áverkar hlutust af því.

### *Gerendur*

Rúmlega helmingur geranda þess ofbeldis sem þátttakendur urðu fyrir á heimili voru feður, rúm 20% geranda voru stjúpfæður en mæður voru í miklum minnihluta eða rúm 9% (sjá mynd 6). Niðurstöður rannsókna sýna að þolendur heimilisofbeldis eru oftast konur og börn þeirra en gerendur oftast karlar (WHO, 2013; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2012). Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður rannsókna sem sýna að gerendur heimilisofbeldis eru oftast karlar.

### *Áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun á heimili*

Meirihluti þátttakenda eða rúm 60% bjuggu á heimili þar sem saga var um áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun foreldra og/eða systkina þátttakenda. Erlendar rannsóknir sýna að misnotkun áfengis og vímuefna foreldra eykur áhættu barns á að verða fyrir ofbeldi á heimili (Dube, o.fl., 2002; Graham-Bermann og Howel, 2011; Crooks og Wolfe, 2007). Niðurstöður íslenskra rannsókna benda til hins sama. Í könnun frá árinu 2010 á ofbeldisreynslu 2050 íslenskra kvenna í nánnum samböndum kom fram að 59% kvenna sem höfðu verið beittar ofbeldi sögðu geranda hafa verið undir áhrifum áfengis, fíkniefna eða lyfja við síðasta ofbeldistilvik (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður erlendra og íslenskra rannsókna sem sýna að áfengis- og vímuefnamisnotkun á heimili barns eykur áhættu barns á að verða fyrir ofbeldi á heimili sínu.

### *Líðan í skóla*

Samkvæmt frásögn forráðamanna á líðan þátttakenda í skóla voru tæplega 30% þátttakenda sem leið vel eða mjög vel í skólanum en rúmlega 30% leið illa eða mjög illa í skólanum. Um 40% forráðamanna svöruðu hlutlaust þegar þeir voru spurðir um líðan þátttakenda í skóla. Stór hluti forráðamanna töldu þátttakendum því hvorki líða vel né illa í skólanum (sjá mynd 9). Niðurstöður sýna að meirihluti þátttakenda líður því hvorki vel né illa, illa eða mjög illa í skólanum. Í nýlegri stórri þjóðarúrtaksrannsókn frá árinu 2013 voru gögn um hagi og líðan 26336 nemenda í 8. til 10. bekk í íslenskum grunnskólum greind út frá ofbeldisreynslu nemenda. Niðurstöður sýndu að börn sem höfðu reynslu af ofbeldi á heimili voru allt að þrisvar sinnum líklegri til að greina frá vanlíðan í skóla heldur en börn sem höfðu ekki reynslu af ofbeldi á heimili (UNICEF, 2013). Niðurstöður eru því í samræmi við rannsóknir sem sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru líklegri til að líða illa í skóla heldur en börn sem ekki hafa búið við ofbeldi á heimili.

### *Einelti*

Rúmlega helmingur þátttakenda höfðu samkvæmt frásögn forráðamanns orðið fyrir einelti (sjá mynd 10). Það er mun hærra hlutfall heldur en niðurstöður íslenskra tíðnirannsókna á einelti hafa sýnt. Í rannsókn frá árinu 2009 á tíðni eineltis hjá 11508 nemendum í 5. til 7. bekk kom fram að tíðni eineltis væri á bilinu 7 til 12% (Rannsóknir og greining, 2009). Rannsóknir á tengslum eineltis við börn sem búa við heimilisofbeldi hafa sýnt misvísandi niðurstöður. Sumar rannsóknir hafa bent til þess að börn sem eru beitt ofbeldi á heimili séu líklegri til að vera gerendur eineltis (Kelleher o.fl., 2008). Rannsóknir hafa ekki sýnt að börn sem búi við ofbeldi á heimili séu beinlínis í aukinni áhættu á að vera þolendur eineltis, en hins vegar hefur verið sýnt fram á að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á að vera með slaka félagsfærni og eiga í erfiðleikum með að mynda og viðhalda tengslum við jafnaldra (Edleson o.fl., 1999; Evans, Davies og Dilillo, 2008). Annað sem gæti mögulega skýrt þetta háa hlutfall er að þetta er samkvæmt frásögn forráðamanna en ekki þátttakendanna sjálfra sem dregur úr réttmæti upplýsinganna (Mash og Hunsley, 2007).

### *Geðraskanir og annar vandi*

Niðurstöður rannsókna sýna að börn með erfiða skapgerð, hegðunarerfiðleika, þroskatengdar raskanir og ADHD eru í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili (Sullivan og Knutson, 2000; Sedlak, 1997). Niðurstöður rannsókna hafa einnig sýnt að börn sem búa við ofbeldi á heimili geta hlotið af því margvísleg sálfélagsleg vandamál eins og t.d. lágt sjálfsálit, slaka félagsfærni, hegðunarvanda, árásargirni, slaka námsframmistöðu o.fl. sem geta þróast úti alvarlegar geðraskanir eins og t.d. kvíða og þunglyndi (McGee, 2000; Edleson o.fl., 2007; Edleson o.fl., 1999). Niðurstöður rannsóknar sýndu að yfir 20% þátttakenda voru með athyglisbrest með eða án ofvirkni, rúm 40% greindu frá einkennum kvíða, rúm 10% greindu frá einkennum þunglyndis, um 10% greindu frá mál- og talerfiðleikum, yfir 40% voru með námserfiðleika, tæp 18% með reiðivanda og rúm 10% með offitu. Annar vandi og geðraskanir sem forráðamenn greindu frá voru áfallastreituröskun, árátta og þráhyggja, og skortur á félagsfærni en hlutfall þeirra var mun lægra hjá þátttakendum (sjá töflu 9). Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að þátttakendur áttu við margvíslegar raskanir og annan vanda að stríða samkvæmt frásögn forráðamanna. Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili geta hlotið af því margvíslegan sálfélagslegan vanda eins og t.d. slaka námsframmistöðu, hegðunarvanda, kvíða og þunglyndi. Niðurstöður eru einnig í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að börn sem eiga við geðraskanir, þroskatengdar raskanir, hegðunarerfiðleika og ADHD eru í aukinni áhættu á að vera beitt ofbeldi á heimili sínu. Niðurstöðum ber þó að taka með fyrirvara. Í fyrsta lagi er um lítið úrtak að ræða eða alls 28 þátttakendur og alhæfingargildi niðurstaðna því takmarkað. Í öðru lagi þá var ekki spurt um uppruna greiningar þeirra geðraskanana og þess vanda sem forráðamenn greindu frá sem dregur úr réttmæti upplýsinganna.

### *Sjálfsvígshugsanir*

Samkvæmt frásögn forráðamanna höfðu rúm 35% þátttakenda greint frá sjálfsvígshugsunum (sjá mynd 12), þar af voru 80% drengir og 20% stúlkur. Tæplega helmingur þeirra drengja sem tóku þátt í rannsókninni höfðu því greint frá sjálfsvígshugsunum samkvæmt frásögn forráðamanna, en hlutfall stúlkna af heildarfjölda þátttakenda var mun lægra eða tæp 20% (sjá mynd 13). Niðurstöður rannsókna sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á

sjálfsvígshugsunum. Enginn kynjamunur er í tíðni sjálfsvígshugsana hjá börnum en við kynþroskaaldur eykst tíðni sjálfsvígshugsana hjá stúlkum (Thompson, Tabone og Cook, 2012). Í rannsókn frá árinu 2005 var gerð athugun á tíðni og áhættuþáttum sjálfsvígshugsana hjá 1285 börnum og unglíngum á aldrinum 9 til 17 ára sem valin voru með slembiúrtaki úr annarri stórrri þjóðarúrtaksrannsókn. Niðurstöður sýndu að 5,2% þátttakenda greindu frá sjálfsvígshugsunum og 3,3 % höfðu gert tilraun til sjálfsvígs. Sterk tengsl voru milli ofbeldisreynslu barna og sjálfsvígshugsana (King o.fl., 2001).

Niðurstöður eru því í samræmi við erlendar rannsóknir sem sýna að börn sem búa við ofbeldi á heimili eru í aukinni áhættu á sjálfsvígshugsunum. En niðurstöður eru ekki í samræmi við aðrar rannsóknir hvað kynjamun varðar þar sem hlutfall drengja sem greindu frá sjálfsvígshugsunum var mun hærra en hlutfall stúlkna. Líklegt er að smæð úrtaksins hafi þar áhrif á. Auk þess er úrtak þessarar rannsóknar sérhæft og flokkast undir klínískt úrtak þar sem þátttakendur rannsóknarinnar voru þátttakendur í hópmeðferð fyrir börn sem höfðu orðið fyrir ofbeldi eða orðið vitni að ofbeldi á heimili. Börn úr klínískum úrtökum sýna yfirleitt meiri sálfélagslegan vanda heldur en börn sem ekki er vísað í meðferð auk þess sem þau eru líklegri til að koma úr fjölskyldum með margþættan vanda (Angold, Costello og Erkanli, 1999; Mash og Hunsley, 2007). Þá hafa rannsóknir sýnt að líðan mæðra getur haft áhrif á hvernig þær svara spurningum um líðan barna sinna, þær geta yfirfært vanlíðan sína yfir á barnið og þannig ofmetið vanda þess (Boyle og Pickles, 1997). Meirihluti forráðamanna þátttakenda voru mæður og því gæti hluti skýringar á þessu háa hlutfalli sjálfsvígshugsana legið þar, þar sem meirihluti forráðamanna voru sjálfir þolendur heimilisofbeldis. En rannsóknir sýna að konur sem búa við heimilisofbeldi eru í margfalt meiri áhættu á margskonar sálfélagslegum vanda og vanlíðan (WHO, 2013; Samtök um kvennaathvarf, 2012). Því má leiða að því líkur að hluti forráðamanna þátttakenda hafi sjálfir átt við vanlíðan að stríða.

## **Mat á einkennum kvíða og þunglyndis**

### *Kvíði og þunglyndi*

Alls svöruðu 20 af 28 þátttakendum kvíðakvarðanum MASC og þunglyndiskvarðanum CDI eða 71,4% af heildarfjölda þátttakenda í rannsókninni. Kynjahlutfall var nokkuð jafnt eða 9 stúlkur 45% og 11 drengir 55%. Aldursdreifing þátttakenda var nokkuð jöfn eftir kyni, lægst 8 ára hæst 11 ára hjá báðum kynjum, meðalaldur 9,44 (sjá töflu 10 og

12). Niðurstöður Kilpatrick og féлага frá árinu 2003 sýna að börn sem hafa búið við sálrænt eða líkamlegt ofbeldi á heimili sýna hærri tíðni kvíða og þunglyndis heldur en grunntíðni í almennu þýði gerir ráð fyrir þ.e. að tíðni kvíða sé hærri en 6 til 20% og tíðni þunglyndis sé hærri en 3% (Beesdo, Knappe og Pine, 2009; Avenevoli o.fl, 2008; Rudolph og Lambert, 2007).

Tilgáta 1 kveður á um að í ljósi niðurstaðna Kilpatrick og féлага frá árinu 2003 er búið við að börn sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili á Íslandi sýni hærri tíðni kvíða heldur en grunntíðni í almennu þýði gerir ráð fyrir. Greining niðurstaðna á heildarskori þátttakenda á kvíðakvarðanum MASC sýndi að fjöldi þátttakenda sem náðu klínískum mörkum kvíða samkvæmt heildarskori kvarðans voru alls 7 eða 30% þátttakenda. Auk þess var hátt hlutfall þátttakenda eða 30% yfir meðaltali en undir klínískum mörkum kvarðans (sjá töflu 11). Niðurstöður sýna því mun hærri tíðni kvíða hjá þátttakendum heldur en grunntíðni kvíða gerir ráð fyrir í almennu þýði.

Greining niðurstaðna á heildarskori þátttakenda á þunglyndiskvarðanum CDI sýndi að fjöldi þátttakenda sem náðu klínískum mörkum þunglyndis samkvæmt heildarskori kvarðans voru alls 4 eða 20% þátttakenda. Auk þess var hátt hlutfall þátttakenda eða 30% yfir meðaltali en undir klínískum mörkum kvarðans (sjá töflu 13). Niðurstöður sýna því mun hærri tíðni þunglyndis heldur en grunntíðni þunglyndis gerir ráð fyrir í almennu þýði. Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður rannsóknar Kilpatrick og féлага frá árinu 2003, tíðni kvíða og þunglyndis hjá börnum sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili á Íslandi er hærri en tíðni kvíða og þunglyndis í almennu þýði. Þessi háa tíðni gefur því tilefni til að ætla að börn sem búa við ofbeldi á heimili á Íslandi séu í aukinni áhættu á að greinast með kvíða og/eða þunglyndi.

Við túlkun niðurstaðna þarf þó að hafa í huga að fleiri þættir geti skýrt þessa háu tíðni kvíða hjá þátttakendum. Úrtakið er lítið og alhæfingargildi því takmarkað og eins og áður hefur komið fram er úrtakið einnig sértækt þar sem um klínískt úrtak er að ræða og því þarf að taka tillit til þeirra annmarka sem fylgja sértækum úrtökum (Angold, Costello og Erkanli, 1999; Mash og Hunsley, 2007).

Í ljósi niðurstaðna og þeirrar staðreyndar að rannsóknir sýna að kvíði og þunglyndi eru langvinnar og alvarlegar raskanir sem geta haft mjög skaðleg áhrif á þroska og líðan barna, er ljóst að nauðsynlegt er að þeir faghópar sem koma að



málefnum barna sem hafa búið við ofbeldi, skimi fyrir einkennum kvíða og þunglyndis, svo hægt sé að vísa þeim í frekara mat og meðferð við vanda sínum hjá viðeigandi sérfræðingum.

### *Sjálfsvígshugsanir - CDI*

Í spurningu nr. 9 á þunglyndiskvarðanum CDI er spurt um sjálfsvígshugsanir. Af heildarfjölda þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum voru 15% þátttakenda sem svöruðu spurningu nr. 9 játandi þ.e. merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa um að drepa mig en myndi ekki gera það“ (sjá töflu 14). Við greiningu svara forráðamanna úr hálfstöðluðu inntökuviðtali sem tekin voru við forráðamenn allra þátttakenda rannsóknarinnar, kom fram að af heildarfjölda þátttakenda eða 28 voru rúm 35% þátttakenda sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum samkvæmt frásögn forráðamanna (sjá mynd 12). Gerður var samanburður á hlutfalli þátttakenda sem svöruðu spurningu nr. 9 um sjálfsvígshugsanir játandi við hlutfall þátttakenda sem höfðu greint frá sjálfsvígshugsunum samkvæmt frásögn forráðamanna. Af heildarfjölda þátttakenda sem svöruðu CDI kvarðanum voru 35% þátttakenda sem greindu forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum en aðeins 15% sem svöruðu spurningu nr. 9 á CDI kvarðanum játandi (sjá töflu 15). Niðurstöður samanburðar sýna því að ósamræmis gætir á milli sjálfsmats þátttakenda og frásagnar forráðamanna á sjálfsvígshugsunum þátttakenda þar sem 20% þátttakenda sem höfðu greint forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum svöruðu spurningu nr. 9 um sjálfsvígshugsanir neitandi þ.e. merktu við svarmöguleikann „Ég hugsa ekki um að drepa mig“.

Líklegt er að mismunandi matsaðferðir geti skýrt þetta ósamræmi. Þegar þátttakendur svöruðu CDI kvarðanum voru þeir beðnir um að svara út frá líðan síðastliðnar tvær vikur. Í hálfstaðlaða inntökuviðtalinu var ekki spurt um hvenær þátttakandi hefði greint frá sjálfsvígshugsunum heldur hvort hann hefði greint frá þeim. Því er líklegt að einhverjir þátttakendur hafi greint forráðamönnum frá sjálfsvígshugsunum áður en þeir fylltu út CDI kvarðann. Eins og áður hefur komið fram þá samanstóð úrtak rannsóknarinnar af börnum sem voru þátttakendur í hópmeðferð fyrir börn sem hafa orðið fyrir ofbeldi á heimili eða orðið vitni að ofbeldi á heimili. Eitt af inntökuskilyrðum fyrir þátttöku í hópmeðferðinni var að ofbeldinu væri lokið. Því er líklegt að hluti þátttakenda hafi sýnt minni vanlíðan þegar þeir hófu meðferð í samanburði við líðan þeirra áður þ.e. þegar ofbeldið stóð enn yfir. Þessar niðurstöður

vekja einnig upp spurningar um hversu vel úrtak rannsóknarinnar endurspeglar líðan barna sem búa ennþá við ofbeldi. Því það má vissulega leiða að því líkur að líðan þátttakenda hafi verið verri á meðan þeir bjuggu ennþá við ofbeldið heldur en þegar þeir hófu þátttöku í hópmeðferðinni því þá átti ofbeldinu að vera lokið. Við túlkun niðurstaðna er því nauðsynlegt að taka mið af þessum annmarka úrtaksins.

### *Samsláttur kvíða og þunglyndis*

Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna og rannsókna á klínískum úrtökum sýna mikinn samslátt á milli þunglyndis- og kvíðaraskana. Um 39% barna og unglunga sem greinast með þunglyndi greinast einnig með kvíðaröskun (Angold, Costello og Erkanli, 1999) og 11 til 69% barna og unglunga sem eru greind með kvíðaröskun greinast einnig með þunglyndi (Chavira, Stein, Bailey og Stein, 2004).

Tilgáta 2 kveður á um að búist er við samslætti á milli kvíða og þunglyndiseinkenna barnanna í samræmi við niðurstöður rannsóknar Angold, Costello og Erkanli frá árinu 1999 og Chavira, Stein, Bailey og Stein frá árinu 2004. Athugun á skörun einkenna kvíða og þunglyndis var athuguð, að hve miklu leyti einkenni þunglyndis þátttakenda skýrast af einkennum kvíða þátttakenda. Niðurstöður aðfallsgreiningar sýndu marktæk línuleg tengsl milli einkenna þunglyndis og kvíða, þegar heildarskor á kvíðakvarðanum MASC hækkaði þá hækkaði einnig heildarskor á CDI kvarðanum (sjá nánar mynd 22). Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður rannsókna sem sýna mikinn samslátt á milli þunglyndis og kvíða, samsláttur einkenna hjá þátttakendum er því algengt mynstur en ekki sértækt fyrir úrtakið. Við túlkun niðurstaðna þarf þó að hafa í huga að rannsóknir sýna ekki eingöngu samslátt milli þunglyndis og kvíða heldur er einnig mikil skörun einkenna þunglyndis og kvíða. Ástæðan fyrir línulegum tengslum í niðurstöðum þessarar rannsóknar gætu því verið vegna skörunar einkenna en ekki vegna samsláttar (Costello, Egger, Copeland o.fl., 2005; Brady og Kendall, 1992).

### *Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir kyni*

Kynjamunur er ríkjandi í kvíðaröskunum, stúlkur eru mun líklegri heldur en drengir til þess að greinast með kvíðaröskun og á það við um allar tegundir kvíðaraskana þó hlutfallið sé mishátt eftir tegundum. Kynjamunur eykst einnig með aldri og benda

rannsóknir til að hlutfallið milli stúlkna og drengja við unglingsárin sé 2:1 (Beesdo, Knappe og Pine, 2009).

Tilgáta 3 kveður á um að búist er við marktækum mun á einkennum kvíða barnanna eftir kyni þannig að stúlkur sýni hærri tíðni kvíða en drengir í samræmi við niðurstöður rannsóknar Beesdo, Knappe og Pine frá árinu 2009. Útreikningar á meðalskori þátttakenda á kvíðakvarðanum MASC eftir kyni sýndu að ekki reyndist marktækur munur á einkennum kvíða eftir kyni (sjá nánar töflu 16). Niðurstöður eru því ekki í samræmi við niðurstöður rannsókna sem sýna að stúlkur eru mun líklegri en drengir til að greinast með kvíðaröskun. Rannsóknir á tíðni kvíðaraskana út frá aldri sýna að kynjamunur í mörgum af þeim níu kvíðaröskunum sem til eru kemur ekki fram fyrir en við upphaf kynþroska eða um 13 ára aldur. Fram að kynþroska séu stúlkur og drengir jafn líkleg til að greinast með flestar kvíðaraskanir (Southam-Gerow og Chorpita, 2007). Þeir þátttakendur sem svöruðu MASC kvarðanum voru á aldrinum 8 til 11 ára. Aldurssamsetning úrtaksins sem svaraði MASC kvarðanum er því líkleg skýring á því af hverju niðurstöður sýndu ekki marktækan mun á einkennum kvíða þátttakenda eftir kyni.

Rannsóknir almennt sýna ekki marktækan kynjamun á tíðni þunglyndis hjá börnum, en á milli 13 til 15 ára aldurs eykst tíðnin verulega hjá stúlkum (Hankin o.fl., 1998). Þeir þátttakendur sem svöruðu CDI kvarðanum voru á aldrinum 8 til 11 ára og því kveður tilgáta 4 á um að ekki er búist við marktækum mun á einkennum þunglyndis barnanna eftir kyni í ljósi niðurstaðna Hankin og féлага frá árinu 1998. Útreikningar á meðalskori þátttakenda á þunglyndiskvarðanum CDI eftir kyni sýndu að ekki reyndist marktækur munur á einkennum þunglyndis eftir kyni (sjá töflu 16). En þrátt fyrir að niðurstöður hafi ekki verið marktækar var greinilegur munur á einkennum þunglyndis eftir kyni, meðalskor drengja var tæpum 8 stigum herra en meðalskor stúlkna. Leiða má að því líkur að smæð úrtaksins hafi áhrif á að munurinn reyndist ekki marktækur. Niðurstöður rannsóknarinnar eru engu að síður í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að ekki er marktækur kynjamunur á tíðni þunglyndis hjá börnum.

#### *Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis*

Rannsóknir hafa undanfarinn áratug í auknum mæli beinst sérstaklega að þeim hópi barna sem verða vitni að heimilisofbeldi á beinan eða óbeinan hátt og í dag þykir það óumdeilt að börn sem búa við ofbeldi á heimili geta hlotið af því margvíslegan skaða

jafnvel þótt ofbeldinu sé ekki beint að þeim sjálfum (Øverlien, 2010; Evans, Davies og DiLillo, 2008; Harold og Howarth, 2004). Í rannsókn Kitzmann og féлага frá árinu 2003 var ekki marktækur munur á sálfélagslegri líðan barna sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili og barna sem höfðu orðið vitni að ofbeldi á heimili. Í ljósi niðurstaðna rannsóknar Kitzmann og féлага frá árinu 2003 kveður tilgáta 5 á um að ekki er búist við marktækum mun á kvíða- og þunglyndiseinkennum barna sem hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á heimili og þeirra sem hafa orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili. Útreikningar á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir tegund ofbeldis sýndu að ekki var marktækur munur á kvíða- og þunglyndiseinkennum þátttakenda sem höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi og þeirra sem höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi (sjá töflu 17). Niðurstöður eru því í samræmi við niðurstöður Kitzmann og féлага frá árinu 2003 og undirstrika því alvarleika heimilisofbeldis á börn sem við það búa hvort sem ofbeldinu er beint að þeim sjálfum eða ekki. Niðurstöður eru einnig í samræmi við niðurstöður nýlegrar stórrar þjóðarúrtaksrannsóknar frá árinu 2013 þar sem gögn um líðan og áhættuhegðun 26336 nemenda í 8. til 10. bekk í íslenskum grunnskólum voru greind út frá mismunandi tegundum ofbeldisreynslu nemenda. Niðurstöður sýndu að börn sem höfðu reynslu af ofbeldi á heimili greindu frá margfallt meiri vanlíðan og áhættuhegðun heldur en börn sem ekki höfðu reynslu af ofbeldi á heimili. Ennfremur sýndu niðurstöður að ekki var markverður munur á vanlíðan og áhættuhegðun eftir því hvort börnin höfðu orðið vitni að líkamlegu ofbeldi eða verið sjálf beitt líkamlegu ofbeldi (UNICEF á Íslandi, 2013).

#### *Munur á meðalskori þátttakenda á MASC og CDI eftir umgengni við geranda*

Athugað var hvort munur væri á einkennum kvíða og þunglyndis eftir því hvort þátttakendur bjuggu hjá/voru í umgengni við geranda þess ofbeldis sem þeir urðu fyrir á heimili sínu, eða ekki. Útreikningar sýndu að ekki var marktækur munur á einkennum kvíða og þunglyndis þátttakenda eftir því hvort þeir bjuggu hjá/voru í umgengni við geranda eða ekki (sjá töflu 18). Ótal þættir geta skýrt þessar niðurstöður og því erfitt að álykta út frá niðurstöðum. En meirihluti þátttakenda sem ekki bjó hjá gerandanum eða 50% af heildarfjölda þátttakenda bjuggu á heimili sem gerandi áreitti ennþá í óþökk heimilismeðlima, og í nokkrum tilfellum voru þátttakendur í umgengni við geranda sem var þá fluttur út af heimilinu, en gerandi áreitti engu að síður ennþá heimilið (sjá mynd 7). Niðurstöður benda því til þess að þrátt fyrir að gerendur hafi verið fluttir út af heimili

þátttakenda þá hafi gerendur engu að síður haldið áfram að áreita heimili þeirra og því hafi ofbeldinu í raun ekki verið endanlega lokið.

#### *Veikleikar rannsóknar*

Helsti annmarki þessarar rannsóknar lýtur að smæð úrtaksins en úrtakið samanstóð af alls 28 börnum og forráðamönnum þeirra. Því er alhæfingargildi niðurstaðna takmarkað, en engu að síður samanstendur úrtakið af 85% þeirra barna sem fengu hópmeðferð vegna heimilisofbeldis á Íslandi, en meirihluti tilvísana kom frá barnaverndarnefndum. Úrtakið er því sérhæft og flokkast undir klínískt úrtak. Rannsóknir sýna að börn úr klínískum úrtökum sýna yfirleitt meiri sálfélagslegan vanda heldur en börn sem ekki er vísað í meðferð auk þess sem þau eru líklegri til að koma úr fjölskyldum með margþættan vanda (Angold, Costello og Erkanli, 1999; Mash og Hunsley, 2007). Engu að síður eru niðurstöður rannsóknarinnar í samræmi við erlendar rannsóknir sem bendir til þess að úrtakið endurspegli líðan og hegðun barna sem hafa búið við ofbeldi á heimili. Rannsóknin er afturvirk faraldsfræðileg rannsókn og felur í sér athugun á gögnum sem aflað var í meðferðartilgangi. Af þeim sökum var ekki hægt að hafa stjórn á hvaða mælitæki voru valin við mat á sameiginlegum þáttum þátttakenda og hegðun þeirra og líðan. Mat á sameiginlegum þáttum þátttakenda byggist á svörum forráðamanna en ekki svörum barnanna sjálfra sem hefur áhrif á réttmæti matsins. Þær spurningar sem forráðamenn þátttakenda svöruðu og voru valdar úr til frekari greiningar í rannsókninni hefðu mátt vera sértækari t.d. þar sem spurt var um greiningar og annan vanda. Þar hefðu þurft að fylgja ítarlegar upplýsingar um uppruna greiningar og á hvaða greiningarskilmerkjum sú greining hefði verið byggð á til að hægt væri að meta réttmæti þeirra upplýsinga sem forráðamenn gáfu upp um hagi og líðan þátttakenda. Meirihluti forráðamanna sem svöruðu hálfstaðlaða inntökuviðtalinu voru mæður sem gæti skekkt niðurstöður en engu að síður er það í samræmi við þær erlendu rannsóknir sem notaðar voru til samanburðar í rannsókninni.

#### *Styrkleikar rannsóknar*

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar lýtur að því að hún felur í sér athugun á sameiginlegum þáttum, hegðun og líðan barna sem búið hafa við ofbeldi á heimili á Íslandi sem sóttu hópmeðferð vegna ofbeldisreynslu sinnar. Úrtakið samanstendur af 85% þeirra barna

sem tóku þátt í hópmeðferð fyrir börn sem hafa orðið fyrir ofbeldi eða orðið vitni að ofbeldi á heimili sem starfrækt var á vegum Barnaverndarstofu yfir tveggja ára skeið. Að bestu vitund höfundar hafa engar viðlíka athuganir áður verið gerðar á þessum sértæka hópi héraendis. Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á áhættuþætti og sálfélagslegar afleiðingar ofbeldis gegn börnum á heimilum, en líðan barnanna var metin með viðurkenndum stöðluðum mælitækjum sem eykur réttmæti niðurstaðna. Niðurstöður voru í samræmi við erlendar og íslenskar rannsóknir sem bendir til þess að úrtakið endurspeglir líðan og hegðun barna sem hafa reynslu af ofbeldi á heimili. Niðurstöður þessar auka því þekkingu á eðli og afleiðingum ofbeldis gegn börnum á Íslandi sem getur nýst fagfólki sem starfar með börnum eða rannsakendum til frekari rannsókna á þessu sviði.

### *Lokaorð*

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að börn sem hafa búið við ofbeldi á heimili á Íslandi sýna margvíslega sameiginlega þætti sem fjöldi erlendra rannsókna hafa greint sem áhættuþætti ofbeldis gegn börnum. Einkenni kvíða og þunglyndis meðal barna sem hafa búið við ofbeldi á heimili eru algengari í samanburði við börn sem ekki hafa búið við ofbeldi á heimili. Ekki er marktækur munur á einkennum kvíða og þunglyndis hjá börnum sem hafa orðið vitni að líkamlegu ofbeldi á heimili og þeim sem hafa verið beitt líkamlegu ofbeldi á heimili. Niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir og undirstrika því alvarleika áhrifa heimilisofbeldis á börn sem við það búa hvort sem ofbeldinu er beint að þeim sjálfum eða ekki. Ennfremur þá undirstrika niðurstöður þá nauðsyn að þeir fagaðilar sem koma að málefnum barna sem hafa orðið fyrir líkamlegu og/eða annars konar sálrænu ofbeldi á heimili þar með talið verða vitni að ofbeldi á heimili sínu, skimi fyrir einkennum kvíða og þunglyndis með viðurkenndum stöðluðum mælitækjum. Barnaverndarnefndir eru þeir fagaðilar á Íslandi sem oftast koma fyrstir að málefnum barna sem hafa orðið fyrir ofbeldi á heimili. Skimun kvíða, þunglyndis og annarra áfallaeinkenna hjá þessum hópi barna ætti að vera hluti af stöðluðum verkferlum barnaverndarnefnda. Það myndi auka líkurnar á því að borin væru kennsl á þau börn sem sýna einkenni þessara raskana sem síðan ætti að vísa áfram til viðeigandi sérfræðinga í frekara mat og meðferð. Slíkir verkferlar myndu tryggja að þessi hópur fengi viðeigandi aðstoð sem myndi draga verulega úr áhættu þessa hóps á þróun frekari vanda í framtíðinni.

## Heimildir

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., og Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision* (4. útgáfa). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5. útgáfa). Washington, DC: APA.
- Angold, A., Costello, E. J. og Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Angold, A., Costello, E. J., Farmer, E. M., Burns, B. J. og Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129-137.
- Appel, A. E., og Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 578-599.
- Arnarson, E. Ö., Smári, J., Einarsdóttir, H. og Jónasdóttir, E. (1994). The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23, 121-130.
- Arnett, J. J. (2011). Adolescent storm and stress, reconsidered. Í M. Gauvain og M. Cole (ritstj.), *Readings on the development of children* (4. útgáfa) (bls. 291-303). New York: Worth Publishers.
- Avenevoli, S., Knight, E. Kessler, R. C. og Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. Í J. R. Z., Abela og B. L. Hankin (ritstj.), *Handbook of depression in children and adolescents* (bls. 71-98). New York: Guilford Press.
- Barnalög nr. 76/2003.
- Barnaverndarlög nr. 80/2002.
- Barnaverndarstofa. (2011). *Ársskýrsla 2011*. Reykjavík: Höfundur.
- Beesdo, K., Knappe, S. og Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.

- Berman, S. L., Kurtiness, W. M., Silverman, W. K. og Serafini, L. T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 329-336.
- Bhatia, S. K. og Bhatia S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75, 73-80.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, o.fl. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1673-1679.
- Biederman, J., Petty, C., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J. o.fl. (2014). Is ADHD a risk for posttraumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(1), 49-55.
- Black, D., Smith, A. M. og Heyman, R. (2001). Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 189-201.
- Boyle, M. H. og Pickles (1997). Maternal depressive symptoms and ratings of emotional disorder symptoms in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 981-992.
- Brady, E. U. og Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L. og Schultz, L. R. (1997). Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1044-1048.
- Brown, G. W. og Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. og Smailes, 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 & Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 233-239.



- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E. og Davidson, P. (2007). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1075-1079.
- Buckley, H., Horwath, J., og Wheelan, S. (2006). *Framework for assessment of vulnerable children and their families*. Dublin Children's Research Centre. Sótt 2. nóvember af <http://www.tcd.ie/childrensresearchcentre/assets/pdf/Publications/Framework.pdf>
- Bödvarsdóttir, Í. og Elklit, A. (2007). Victimization and PTSD-like states in an Icelandic youth probability sample. *BMC Psychiatry*, 7(51), 1-26.
- Campbell, M. A., Rapee, R. M. og Spence, S. H. (2000). Developmental changes in the interpretation of rating format on a questionnaire measure of worry. *Clinical Psychologist*, 5(2), 49-59.
- Carpenter, G. L. og Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 31, 831-839.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. og Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. og Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K. og Igelman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766.
- Costello, E. J., Egger, H. L. og Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. og Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. Í W. K. Silverman og A. P. Field (ritstj.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (bls.56-76). New York: Cambridge University Press.

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. og Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Crooks, C. V. og Wolfe, D. A. (2007). Child abuse and neglect. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Assessment of childhood disorders* (bls. 639-684). New York: Guilford Press.
- Daro, D. (2011). Prevention of child abuse and neglect. Í J. E. B. Myers (ritstj.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, (3. útgáfa) (bls.17-39). Thousands Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Spencer, S. og Hall, J. (2000). N-acetylaspartate concentration in the anterior cingulate in mal-treated children and adolescents with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1175-1177
- DePanfilis, D. (2011). Child Protection System. Í J. E. B. Myers. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (bls. 39-53). Thousands Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Department of Health. (2005, maí). *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London: Höfundur.
- Domainskaite-Gota, V., Elklit, A. og Christiansen, D. (2009). Victimization and PTSD in a Lithuanian national youth probability sample. *Nordic Psychology*, 61, 66-81.
- Dóms- og kirkjumálaráðuneytið (1997). *Skýrsla dómsmálaráðherra um orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gegn konum og börnum*. Reykjavík: Höfundur.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. og Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse childhood experiences study. *The Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. og Giles, W. H. (2002). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25(12), 1627–1640.
- Dyregrov, A. og Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, (11)4, 176-184.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839–870.

- Edleson, J. L., Ellerton, A. L., Seagren, E. A., Kirchberg, S. L., Schmidt, S. O. og Ambrose, A. T. (2007). Assessing child exposure to adult domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 27, 961-971.
- Edward, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. og Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experience study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds (2010). *Rannsókn á ofbeldi gegn konum. Reynsla kvenna á aldrinum 18-80 ára á Íslandi*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í barna- og fjölskylduvernd.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174-181.
- Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O. og Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 1005-1010.
- Evans, S. E., Davies, C. og DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. og Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20(10), 953-961.
- Fergusson, D. M. og Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 229-231.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. og Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- Fletcher, K. E. (2007). Posttraumatic stress disorder. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Assessment of childhood disorders* (bls. 398-446). New York: The Guilford Press.
- Freydís J. Freysteinsdóttir (2012, ágúst). *Skilgreiningar- og flokkunarkerfi í barnavernd (SOF), 2. útgáfa*. Reykjavík: Barnaverndarstofa.

- Freydís J. Freysteinsdóttir. (2003). Skilgreiningar og flokkun á misfellum á umönnun og uppeldisskilyrðum barna. Í F.H. Jónsson (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum IV, félagsvísindadeild* (bls. 181-189). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Háskólaútgáfan.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. og Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1369-1380.
- Gibb, B. E. og Abela, J. R. Z. Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms (2008). *Cognitive Therapy and Research, 32*, 161-176.
- Gibb, B. E., Chelminski, I. og Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 24*, 256-263.
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children (2012, 1. ágúst). *Country reports*. Sótt 22. desember 2013 af <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/pdfs/states-reports/USA.pdf>
- Graham-Bermann, S. A. og Howell, K. H. (2011). Child Maltreatment in the Context of Intimate Partner Violence. Í J. E. B. Myers. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (3. útgáfa) (bls. 167-185). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. og Girz, L. (2011). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect, 33*(9), 648-660.
- Greco, L. A. og Morris, T. L. (2004). Assessment. Í T. L. Morris og J. S. March (ritstj.), *Anxiety Disorders in children and adolescents* (bls. 98-124). New York: The Guilford Press.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P. o.fl. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271-286.
- Gregory, A. M., Caspi, A., Moffit, T. E., Koenen, K., Eley, T. C. og Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 164*, 301-308.

- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F. og Tryggvadóttir, H. B. (2011). The relationship of compliance with a background of childhood neglect and physical and sexual abuse. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22, 87-98.
- Guðbjörg S. Bergsdóttir og Rannveig Þórisdóttir. (2010, maí). *Heimilisofbeldi. Ágreiningur og ofbeldi milli skyldra og tengdra eins og það birtist í gögnum lögreglu 2006-2007*. Reykjavík: Ríkislögreglustjórnin.
- Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir. (2008). Mörg íslensk börn hafa vitneskjuna: Um þekkingu og skilning barna á ofbeldi á heimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(5), 46-54.
- Hagstofa Íslands (2011). *Fæddir 2012*. Sótt 10. janúar 2014 af <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=9565>
- Halfon, N., Shulman, E. og Hochstein, M. (2011). Brain Development in Early Childhood. Í M. Gauvain og M. Cole (2011). *Readings on the development of children* (4. útgáfa) (bls. 43-50). New York: Worth Publishers.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffit, T. E., Silva, P. A., McGee, R. og Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Harold, G. T. og Howarth, E. L. (2004). How marital conflict and violence affects children: theory, research and future directions. Í M. C. Calder, G. T. Harold og E. L. Howarth (ritstj.), *Children living with domestic violence: Towards a framework for assessment and intervention* (bls. 56-73). Lyme Regis: Russel House Publishing.
- Harrington, R., Rutter, M. og Frombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 66-72.
- Helweg-Larsen, K. og Frederiksen, M. L. (2008, febrúar). *Men's violence against women: Extent, characteristics – and the measures against violence – 2007*. Sótt 12. janúar 2014 af [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/english\\_summary.violence\\_003.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/english_summary.violence_003.pdf)
- Herdís Einarsdóttir og Elín Jónasdóttir, (1994). *Stöðlun á sjálfsmatskvarða Kovacs til að mæla geðlægð barna og unglinga "Children's Depression Inventory"*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands: Félagsvísindadeild.

- Hindberg, B. (2001). *Ending corporal punishment. Swedish experience of efforts to prevent all forms of violence against children – and the results*. Stockholm: Ministry of Health and welfare.
- Holt, S., Buckley, H. og Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & neglect*, 32(8), 797-810.
- Hughes, H. M., Graham-Bermann, S. A., og Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence. Í S. A. Graham-Bermann og J. L. Edleson (ritstj.). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (bls. 67-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hunsley, J. og Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Jaffe, S. R., Moffit, T. E., Caspi, A., Taylor, A. og Arsenuault, L. (2002). Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: An environmentally informed twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1095-1103.
- Johnson, H. (1998). Rethinking survey research on violence against women. Í R. P. Dobash og R. E. Dobash (ritstj.). *Rethinking Violence Against Women*. (bls.23-77). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Johnson, H., Ollus, N. og Nevala, S. (2008). *Violence Against Women. An International perspective*. Helsinki: Springer.
- Jónína Einarsdóttir, Sesselja Th. Ólafsdóttir og Geir Gunnlaugsson. (2004). *Heimilisofbeldi gegn börnum á Íslandi: höggva-hýða-hirta-hæða-hóta-hafna-hrista-hræða*. Reykjavík. Miðstöð heilsuverndar barna. Umboðsmaður barna.
- Kassam-Adams, N. og Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and ptsd in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (43)4, 403-411.
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arsenuault, L., Fitzpatrick, C. og Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 378-382.
- Kendler, K. S., Myers, J. og Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of

- opposite-sex twin pairs. *Journal of the American Psychiatric Association*, 162(2), 250-256.
- Kessler, R. C. og Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kessler, R. C., Davis, C. G. og Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. og 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-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. og Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- King, R. A., Schwab-stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H. o.fl. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicide ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Kolko, D. I. (2001). Child Physical Abuse. Í J. E. B. Myers, L. Berlinder, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny og T. A. Reid (ritstj.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (bls. 21-55). Thousands Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. og Devlin B. (1998). Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Krantz, G. og Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(10), 818-821.

- Kruttschnitt, C., Gartner, R., og Ferraro, K. (2002). Women's involvement in serious interpersonal violence. *Agression and Violent Behavior*, 7(6), 529-565.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. og Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 823-830.
- Lewinsohn, P. M., Hoops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. og Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.
- Luby, J. L., Xuemei, S., Belden, A. C., Tandon, M. og Spitznagel, E. (2009). Preschool depression: Homotypic continuity and course over 24 months. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 897-905.
- Lumley, M. N. og Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Lundy, M. og Grossman, S. F. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86, 17-29.
- Lög um breytingu á almennum hegningarlögum, nr. 19/1940 (heimilisofbeldi).
- Lög um breytingu á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum.
- Lög um samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (staðfesting barnasáttmála) nr. 19/2013.
- Lög um vernd barna og ungmenna nr. 58/1992.
- March, J. S., James, D. A. P., Sullivan, K., Stallings, P. og Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- McGee, C. (2000). *Childhood experience of domestic violence*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- McGuigan, W. og Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25(7), 869-883.



- McIntosh, J. E. (2002). Thought in the face of violence: A child's need. *Child Abuse & Neglect*, 26, 229-241.
- Merikangas, K. R., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C. o.fl. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in the U.S. adolescent comorbidity survey replication-adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-988.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. og Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 575-578.
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *The Journal of clinical Psychiatry*, 65, 18-28.
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9, 33-49.
- Ólason, T. D., Sighvatsson, M. B. og Smári, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 429-436.
- Ólöf Ásta Farestveit og Þorbjörg Sveinsdóttir. (2006). *Verndum þau*. Reykjavík: Mál og menning.
- Petersen, T., Elklit, A. og Olesen, J. G. (2010). Victimization and PTSD in a Faroese youth total-population sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 56-62.
- Pynoos, R., Fairbank, J. A., Briggs-King, E. C., Steinberg, A., Layne, C., Stolbach, B. o.fl. (2008, nóvember). *Trauma exposure, adverse experiences, and diverse symptom profiles in a national sample of traumatized children*. Sótt 18. október 2013 af [http://www.traumacenter.org/announcements/DTD\\_papers\\_Oct\\_09.pdf](http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf)
- Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson. (2011). *Þáttbygging MASC og CDI í úrtaki 14 og 15 ára unglinga*. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Rannsóknir og greining. (2006). Grunniðurstöður rannsókna: Kynhegðun ungs fólks á Íslandi og kynferðisleg misnotkun á börnum. Samstarfsverkefni Barnaverndarstofu og Rannsóknar og greiningar. Sótt 2. desember 2013 af <http://www.bvs.is/files/file425.pdf>
- Rannsóknir og greining. (2009). *Ungt fólk 2009. 5., 6. og 7. bekkur. Hagir og líðan barna á Íslandi, íþróttar- og tómstundaiðja, nám og skóli, samband við fjölskyldu og vini*,

- lestur, miðlar og tækjæign*. Sótt 13. janúar 2014 af <http://www.rannsoknir.is/media/rg/skjol/Ungt-folk-5---7.-bekkur-2009.pdf>
- Reading, R. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Child: Care, Health and Development*, 32(2), 253-256.
- Rice, F., Harold, G. T. og Thapar, A. (2002). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1039-1051.
- Ríkislögreglustjórnin. (2005). *Verklagsreglur um meðferð og skráningu heimilisofbeldismála*. Reykjavík. Höfundur.
- Rudolph, K. D. og Lambert, S. F. (2007). Child and adolescent depression. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Assessment of childhood disorders* (bls. 213-252). New York: Guilford Press.
- Russo, M. F. og Beidel, D. C. (1994). Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 199-221.
- Samtök um kvennaathvarf. (2007). *Ársskýrsla 2007*. Reykjavík. Höfundur.
- Samtök um kvennaathvarf. (2011). *Ársskýrsla 2011*. Reykjavík. Höfundur.
- Samtök um kvennaathvarf. (2012). *Ársskýrsla 2012*. Reykjavík. Höfundur.
- Sedlak, A. J. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 1(1), 149-156.
- Silverman, W. K. og Dick-Niederhauser, A. (2004). Separation anxiety disorder. Í T. L. Morris og J. S. March (ritstj.), *Anxiety Disorders in children and adolescents* (bls. 164-182). New York: The Guilford Press
- Southam-Gerow, M. A. og Chorpita, B. F. (2007). Anxiety in children and adolescents. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Assessment of childhood disorders* (bls. 347-385). New York: The Guilford Press.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F. o.fl. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across

- the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103-112.
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T. og Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 1-9.
- Sullivan, P. M., og Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24(10), 1257-1273.
- Thompson, R., Tabone, J. K. og Cook, J. M. (2012). Predictors of engagement with mental health services among mothers of children at risk of maltreatment. *Psychiatric Services*, 63(9), 913-919.
- Tollin, D. F., og Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992
- Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Tourigny, M. og Billingsley, D. (2001). The Canadian Incidence Study of reported child abuse and neglect: Methodology. *Canadian Journal of Public Health*, 92(4), 259-263.
- Umboðsmaður barna. (e.d.). *Um embættið*. Sótt 28. desember 2013 af [http://www.barn.is/adalsida/um\\_embættid/](http://www.barn.is/adalsida/um_embættid/)
- UNICEF á Íslandi. (2011). *Staða barna á Íslandi*. Sótt 22. nóvember 2013 af [http://unicef.is/files/stada\\_barna\\_a\\_islandi\\_2011.pdf](http://unicef.is/files/stada_barna_a_islandi_2011.pdf)
- UNICEF á Íslandi. (2013, mars). *Réttindi barna á Íslandi: Ofbeldi og forvarnir*. Sótt 8. nóvember af [http://unicef.is/rettindibarna/UNICEF\\_Rettindi\\_barna\\_ofbeldi\\_og\\_forvarnir.pdf](http://unicef.is/rettindibarna/UNICEF_Rettindi_barna_ofbeldi_og_forvarnir.pdf)
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2012). *Handbook for legislation on violence against women*. New York: Höfundur.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. og Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.  
*violence*.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
- Weinstein, D., Staffebach, D., og Biaggio, Maryka (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378

- Weiss, B. og Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15, 403-430.
- Wittchen, H. U., Lecrubier, Y., Beesdo, K. og Nocon, A. (2003). Relationships among anxiety disorders: patterns and implications. Í D. J. Nutt og J. C. Ballenger (ritstj.), *Anxiety disorders* (bls. 25-37). Oxford: Blackwell Science.
- Wolfe, D. A. (1999). *Child Abuse. Implications for Child Development and Psychopathology*. (2. útgáfa). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.). *Assessment of childhood disorders* (685-751). New York: The Guilford Press.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual*. Sótt 1. desember 2013 af [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*, (10. útgáfa). Sótt 8. nóvember 2013 af <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M. og Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual abuse and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28, 863-875.
- Þórhildur Línadal (2007). *Barnasáttmálinn: Rit um samning Sameinuðu Þjóðanna um réttindi barnsins með vísun í íslenskt lagaumhverfi*. Reykjavík: Unicef Ísland.
- Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence: Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work*, 10(1), 80-97.