



**Einkenni kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar meðal  
barna sem hlutu meðferð í Barnahúsi**

Bergný Ármannsdóttir

**Lokaverkefni til Cand. psych. gráðu  
Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**

# **Einkenni kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar meðal barna sem hlutu meðferð í Barnahúsi**

Bergný Ármannsdóttir

Lokaverkefni til Cand. psych. gráðu í sálfræði  
Leiðbeinendur: Þorbjörg Sveinsdóttir og Urður Njarðvík

Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2016

Ritgerð þessi er til Cand. psych. gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Bergný Ármannsdóttir 2016

Prentun: Svansprent

Reykjavík, Ísland 2016

## Útdráttur

Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni þunglyndis, kvíða og áfallastreituröskunar meðal þjónustuþega Barnahúss. Einnig var kannað hvort börn væru líklegri til að fá þunglyndi, kvíða eða áfallastreituröskun í kjölfar kynferðisofbeldis ef vissir áhættuþættir væru til staðar. Þeir áhættuþættir sem voru kannaðir voru tengsl við gerenda, alvarleikastig brots, aldur, kyn, tími og tímalengd brota. Einnig var kannað hvort ofantaldar raskanir hefðu áhrif á fjölda meðferðarviðtala. Þátttakendur voru 550 börn á aldrinum sjö til 18 ára sem hlutu meðferð í Barnahúsi í kjölfar kynferðisofbeldis á árunum 2007 til 2013. Upplýsingar um niðurstöður sjálfsmatslista voru fengnar úr lokaskýrslum mála í Barnahúsi og upplýsingar um áhættuþætti voru fengnar úr ópersónugreinanlegum gagnagrunni um öll mál sem komið hafa í Barnahús. Helstu niðurstöður voru að 8,3% þátttakenda náði greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar, 29,6% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu kvíða og 32% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu þunglyndi. Börn sem urðu fyrir alvarlegri brotum, urðu fyrir brotum oftár en tíu sinnum eða brotum sem stóð yfir í einn til sex mánuði voru líklegri til að greinast með áfallastreituröskun. Eldri börn og stúlkur voru líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum sem mátu einkenni kvíða og þunglyndis. Börn sem brotið var á tíu sinnum eða oftár og börn sem brotið var á í eitt ár eða lengur voru líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á listum sem mátu kvíða. Meðalfjöldi meðferðarviðtala var um 9 viðtöl en viðtalsfjöldi hækkaði ef barn náði greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar eða var yfir klínískum mörkum á listum sem mátu kvíða eða þunglyndi.

## **Abstract**

The goal of this study was to examine the prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) among children who received treatment at the Icelandic Children's House after sexual abuse. It was also examined whether certain risk factors increased the likelihood of developing anxiety, depression or PTSD after sexual abuse and if having those disorders had an effect on the number of treatment session a child received. Participants were 550 children between the ages of 7 and 18 who were treated in Children's House between 2007 and 2013. The main findings were that 8,3% of participants met diagnostic criteria for PTSD, 29,6% had clinically significant symptoms of anxiety and 32% clinically significant symptoms of depression. Children who suffered more serious abuse, were abused 10 times or more often or abused for 1 to 6 months were more likely to be diagnosed with PTSD. Older children and female participants were more likely to have anxiety or depression. Children who were abused 10 times or more often or abused for over 1 year were more likely to have anxiety. The mean number of therapy sessions was 9 interviews but the number of sessions grew significantly if the child had PTSD, anxiety or depression.

## **Þakkir**

Fyrst og fremst fá leiðbeinendur mínir, Þorbjörg Sveinsdóttir og Urður Njarðvík innilegar þakkir fyrir ómetanlega leiðsögn og ráðleggingar við gerð verkefnisins. Ég hef lært ótalmargt af þeim báðum og kann ég þeim bestu þakkir fyrir. Einnig vil ég þakka starfsfólki Barnahúss fyrir góð ráð og liðsinni við skrifin. Sérstakar þakkir fær Bjarki Þór Sigvarðsson, starfsmaður Barnahúss, fyrir einstaka fórnfýsi á skrifstofuaðstöðu, aðstoð og umburðarlyndi. Þabba mínum, Ármanni Guðmundssyni, vil ég líka þakka fyrir þann stuðning og þolinmæði sem hann hefur sýnt mér á minni háskólagöngu. Síðast en ekki síst fær sambýlismaður minn, Árni Johnsen, hjartans þakkir fyrir aðstoð og leiðsögn með tölfræði og allan stuðninginn og þolinmæðina síðastliðin ár.

## Efnisyfirlit

Útdráttur .....	4
Abstract .....	5
Þakkir .....	6
Efnisyfirlit .....	7
Inngangur .....	9
Kynferðisofbeldi gegn börnum.....	9
Barnahús .....	10
Afleiðingar kynferðisofbeldis.....	12
<i>Þunglyndi</i> 13	
<i>Kvíði</i> 15	
<i>Áfallastreituröskun</i> .....	18
<i>Samsláttur áfallastreituröskunar við kvíða og þunglyndi</i> .....	22
Meðferðarúrræði í kjölfar kynferðisofbeldis .....	23
Rannsóknir á Íslandi um afleiðingar kynferðisofbeldis.....	24
Samantekt og markmið rannsókna .....	25
Aðferð.....	28
Þátttakendur .....	28
Mælitæki.....	28
<i>The Children's Depression Inventory (CDI)</i> .....	28
<i>Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition (MASC 2)</i> .....	29
<i>UCLA-PTSD</i> .....	30
<i>Youth Self Report (YSR)</i> .....	31
Framkvæmd .....	31
Tölfræðileg úrvinnsla .....	32
Niðurstöður.....	33
Niðurstöður aðfallsgreiningar .....	35
<i>Áfallastreituröskun</i> .....	35

<i>Kvíði</i>	37
<i>Þunglyndi</i>	38
<i>Áhrif geðraskana á fjölda meðferðarviðtala</i> .....	39
Umræður.....	39
Áfallastreituröskun .....	40
Kvíði og þunglyndi .....	41
Fjöldi meðferðarviðtala .....	42
Styrkleikar og veikleikar .....	42
Samantekt .....	43
Heimildir .....	43



## **Inngangur**

### **Kynferðisofbeldi gegn börnum**

Engin ein algild, alþjóðleg skilgreining er til á kynferðislegu ofbeldi gegn börnum. Samkvæmt lögræðislögum nr. 71/1997 telst einstaklingur fullorðinn við 18 ára aldur og telst því sem barn allt að 18 ára aldri. Barnaverndarstofa (2012) skilgreinir kynferðisofbeldi gegn börnum sem allar athafnir þar sem barn er fengið til að sinna kynferðislegum þörfum einstaklings eða er misboðið með kynferðislegum athugasemdum eða athöfnum. Kynferðisleg athöfn gagnvart eða með barni innan 15 ára aldurs með eða án vilja barns telst sem kynferðisofbeldi gagnvart barni. Kynferðisleg athöfn gagnvart eða með barni 15 ára eða eldra, án vilja barnsins telst einnig sem kynferðisofbeldi gegn barni. (Barnaverndarstofa, 2012). Dæmi um slíkar athafnir eru þukl innan- eða utanklæða, sýna barni kynfæri í þeim tilgangi að örva sig kynferðislega, barn látið horfa á kynferðislegar athafnir eða klám, að senda barni klúr skilaboð auk munnmaka og samfara (Barnaverndarstofa, 2012). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1999) skilgreinir kynferðisofbeldi gegn börnum sem þátttöku eða aðild barns í hverskyns kynferðislegu athæfi sem það getur ekki haft fullan skilning á, er ófært um að samþykkja, eða sem brýtur gegn lögum eða viðurkenndu siðferði samfélags. Slíkt getur verið á milli barns og fullorðins einstaklings eða tveggja barna þar sem annað barnið er hærra sett en hitt hvað varðar annað hvort aldur eða þroska, eða þar sem annar aðilinn er hærra settur hvað varðar ábyrgð, traust eða völd (WHO, 1999).

Kynferðislegt ofbeldi gegn börnum er vel þekkt og alvarlegt vandamál um heim allan. Afleiðingar slíks ofbeldis á þólanda eru alla jafna víðtækar og alvarlegar og geta fylgt einstaklingnum lengi (Browne og Finkelhor, 1986; Cohen, Mannarino og Deblinger, 2006; Finkelhor, 1990). Ekki eru til nákvæmar rannsóknir á tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum í heiminum en rannsóknir hafa sýnt að algengi kynferðisofbeldis gegn börnum sé allt frá 8 til 13% fyrir stúlkur og 3 til 17% fyrir drengi (Barth, Bermetz, Heim, Trelle og Tonia, 2012; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser og Bakermans-Kranenburg, 2011). Finkelhor (1994) kannaði tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum í rúmlega 20 löndum og sýndu niðurstöður hans að sjö til 36% kvenna og þrjú til 29% karla greindu frá því að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur.

Nafnlaus könnun var gerð árið 2007 af Barnaverndarstofu í samstarfi við Rannsóknir og greiningu þar sem tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum á Íslandi var könnuð meðal tæplega 10.500 framhaldsskólanema. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að um 13,5%

stúlkna og 2% drengja sem tók þátt í rannsókninni, eða um 1700 ungmenni, höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur (Barnaverndarstofa, 2007). Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir á tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum (Barth o.fl., 2012; Finkelhor, 1994; Stoltenborgh o.fl., 2011). Niðurstöður sömu rannsóknar benda til þess að stúlkur í framhaldsskólum á Íslandi séu um tvöfalt líklegri til að hafa lent í kynferðislegu ofbeldi en drengir. Um 35% þeirra stúlkna sem svöruðu sögðust hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur en tæplega 18% þeirra drengja sem svöruðu (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011). Þessi munur á milli kynja er í samræmi við erlendar rannsóknir (Barth o.fl., 2012) en tíðnin er þó nokkuð hærri en fyrri rannsókn meðal menntaskólanema á Íslandi (Barnaverndarstofa, 2007). Algengast var að verða fyrir slíku ofbeldi á aldrinum 13 til 17 ára, bæði meðal stúlkna og drengja (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011). Faraldsfræðileg rannsókn á kynferðislegu ofbeldi gegn börnum var einnig gerð á Íslandi á árunum 2000 og 2001. Þá fengu 1500 manns senda spurningalista um málefnið en 746 þeirra svöruðu, eða um 50%. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndi að 17% af heildinni höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur, eða 122 einstaklingar. Kynjamunur var þó nokkur í rannsókninni, en 23% kvenna sem svöruðu listanum og 8% karla höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur (Hrefna Ólafsdóttir, 2011).

### **Barnahús**

Barnahús hóf starfsemi sína 1. nóvember 1998 og er hlutverk þess að sinna málefnum barna á aldrinum þriggja og hálfis árs til 18 ára sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðislegri áreitni eða ofbeldi (Barnverndarstofa, 2014; Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Aðdragandi stofnunar Barnahúss var að Alþingi óskaði eftir vitneskju um stöðu og meðferð kynferðisbrotamála á Íslandi. Sú athugun leiddi í ljós að á árunum 1991 til 1996 bárust barnaverndanefndum á Íslandi um 110 til 130 tilkynningar árlega vegna gruns um kynferðislegt ofbeldi gegn börnum. Einnig kom í ljós að bæta þurfti þjónustu hins opinbera í málum kynferðisafbrotá gegn börnum og samræma þjónustu barnaverndarnefnda til að sem best þjónusta yrði veitt að hverju sinni (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Barnaverndarstofa fékk það verkefni að leysa þennan vanda og úr varð að stofna Barnahús eftir bandarískri fyrirmynd, þar sem barn fær alla þjónustu undir sama þaki ef upp kemur grunur um kynferðisbrot. Í Bandaríkjunum eru slíkar stofnanir kallað Child Advocacy Centers (CACs) og fer þar fram öll þjónusta eftir tilkynningu um grun á kynferðisbroti gegn barni, allt frá rannsóknarviðtölum til sálfræðimeðferðar (Jackson, 2004; Jones, Cross, Walsh og Simone, 2007). Þessar stofnanir voru hannaðar

sérstaklega til þess að vera barnvænar og áhersla lögð á að umhverfið væri aðlagð að þörfum barna og unglinga (Jones o.fl., 2007). Rannsóknir hafa sýnt mikinn ávinning í meðferð kynferðisafbrotamála innan þessara miðstöðva í Bandaríkjunum í samanburði við meðferð kynferðisofbeldismála gegn börnum utan þeirra (Jackson, 2004; Jones o.fl., 2007).

Í upphafi var stofnun Barnahúss tilraunaverkefni til tveggja ára og átti að taka ákvörðun um framtíð þess við lok tímablisins. Tilraunatímabilinu var þá framlengt um eitt ár og loks var ákveðið að festa starfsemi þess í sessi árið 2001 (Barnaverndarstofa, 2014). Grunnhugmyndin með Barnahúsi er að veita barni alla þjónustu sem þörf er á þegar grunur um kynferðisofbeldi kemur upp undir einu þaki, í barnvænu umhverfi (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Eitt helsta markmið Barnahúss er að samhæfa hlutverk barnavernda- og félagsmálayfirvalda annars vegnar og hlutverk lögreglu, saksóknara og lækna hins vegar við rannsókn mögulegs barnaverndarmáls og/eða sakamáls vegna kynferðisbrots gegn barni (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Önnur meginmarkmið Barnahúss er að koma í veg fyrir að barn þurfi að endurupplifa erfiða lífsreynslu ítrekað í gegnum endurtekin viðtöl við nýja aðila eða á nýjum stöðum og að bæta gæði meðferðar sem barni stendur til boða með áfallameðferð og annarri meðferðarvinnu (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Barnahús er eina stofnunin á Íslandi sem sérhæfir sig í málaflokk kynferðisbrota gegn börnum og er mikill ávinningur af því að allri þekkingu um slík mál héraðs sé safnað saman á einum stað (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Barnahús er staðsett í íbúðarhúsi í rólegu hverfi í Reykjavík og eru rými þess hönnuð sérstaklega til að henta börnum og unglingum. Sérútbúið viðtalsherbergi er í húsinu þar sem rannsóknarviðtöl fara fram og hægt er að sjónvarpa viðtalinu í annað herbergi þar sem aðrir sem þurfa að fylgjast með framburði barns eru staddir. Barnið er þá aðeins með sérhæfðun rannsakanda í viðtalsherberginu. Góð aðstaða er einnig til læknisskoðunar í Barnahúsi sem og aðstaða til að sinna greiningar- og meðferðarvinnu (Barnaverndarstofa, 2014).

Starfsemi Barnahúss er fimmþætt. Hún felst í fyrsta lagi í að sinna fræðslu og ráðgjöf þegar grunur vaknar um kynferðisbrot gegn barni auk þess að leiðbeina almenningi, fagaðilum og barnaverndarstarfsmönnum við upphaf máls. Í öðru lagi felst starfsemi Barnahúss í að taka könnunarviðtöl við mögulega þolendur hafi grunur um kynferðisbrot vaknað án þess að barnið hafi sagt frá, til dæmis vegna alvarlegrar kynferðislegrar hegðunar. Í þriðja lagi felst starfsemi Barnahúss í að taka skýrslur af börnum fyrir dómi ef mál er í rannsókn hjá lögreglu og vísbendingar eru um að refsivert athæfi hafi átt sér stað. Í fjórða lagi sér Barnahús um að framkvæma læknisskoðun á börnum sem sætt hafa kynferðislegu ofbeldi

eða sterkur grunur er um að kynferðisofbeldi hafi átt sér stað. Í fimmta lagi sinnir Barnahús greiningu og meðferð fyrir þau börn sem eru þolendur kynferðisofbeldis í kjölfar skýrslutöku eða könnunarviðtals (Ólöf Ásta Farestveit, 2014).

Hafi barn eða unglingur orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi býðst þeim að fá meðferð í Barnahúsi sé þess óskað. Beiðni þarf að berast til Barnahúss frá barnaverndarnefnd í heimabyggð barnsins með sérstakri tilvísun en einnig er hægt að óska eftir meðferð óháð því hvort mál hafi verið sent til rannsóknar lögreglu eða ekki. Fjöldi meðferðarviðtala fer eftir líðan barns og aðstæðum og er það metið í hvert sinn með barninu, foreldrum þess og starfsmönnum barnaverndar. Miðað er við 12 til 20 meðferðarviðtöl fyrir hvert barn en það getur verið breytilegt (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Reynt er eftir fremsta megni að veita börnum sem búa utan höfuðborgarsvæðisins þjónustu Barnahúss í heimabyggð sinni en börn sem búa á höfuðborgarsvæðinu býðst að fá meðferð í Barnahúsi. Meðferðin í Barnahúsi byggist á áfallamiðaðri hugrænni atferlismeðferð (e. trauma-focused cognitive behavior therapy) og miðar að því að auka tilfinningalega stjórnun barns og minnka streitu þar til ákveðinn stöðugleiki hefur náðst í lífi þess (Ólöf Ásta Farestveit, 2011). Samtalsmeðferð hentar yfirleitt ekki mjög ungum börnum og er þá áhersla lögð á fræðsluviðtöl. Í slíkum viðtölum eru börn meðal annars frædd um líkamann og muninn á góðum og vondum snertingum. Foreldrar barnsins fá þá einnig fræðslu um ýmislegt sem viðkemur kynferðisofbeldi og hegðun barnsins (Ólöf Ásta Farestveit, 2011).

### **Afleiðingar kynferðisofbeldis**

Afleiðingar kynferðisofbeldis á þolanda geta verið víðtækar, langvarandi og afar alvarlegar (Browne og Finkelhor, 1986; Cohen o.fl., 2006; Finkelhor, 1990). Þolendur kynferðisofbeldis eru mun líklegri til að greinast með geðrasakanir einhvern tímann á lífsleiðinni en aðrir (Ackerman, Newton, McPherson, Jones og Dykman, 1998; Chen o.fl., 2010; Cutajar o.fl., 2010; Paolucci, Genuis og Violato, 2001). Þekktar afleiðingar kynferðisofbeldis hjá börnum og fullorðnum eru þunglyndi, kvíði, sjálfsskaði, sjálfsvígshugsanir, áfallastreituröskun, lágt sjálfsmat, persónuleikaraskanir, óábyrg kynlífshegðun auk truflana í kynhvöt og kynlífi síðar á ævinni (Browne og Finkelhor, 1986; Chen o.fl., 2010; Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993; Spataro, Mullen, Burgess, Wells og Mos, 2004). Rannsókn á tíðni geðraskana meðal fólks sem varð fyrir kynferðisofbeldi í æsku sýndi að 78% kvenna og 82% karla sem greindu frá kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur náðu á einhverjum tímupunkti greiningarskilmerkjum fyrir þunglyndi, einhverja kvíðaröskun eða vímuefnafíkn (Molnar,

Buka og Kessler, 2001). Til samanburðar náðu 48,5% kvenna og 51,2% karla sem ekki greindu frá kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur einhvern tímann greiningarskilmerkjum fyrir sömu geðrasakanir (Molnar o.fl., 2001). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á aukna sjálfsvígshættu meðal fólks sem orðið hefur fyrir kynferðisofbeldi (Kendall-Tackett o.fl., 1993; Paolucci o.fl., 2001). Börn sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi eru mun líklegri en önnur börn til að ná greiningarskilmerkjum kvíða, þunglyndis, áfallastreituröskunar eða hegðunarraskana (Spataro o.fl., 2004). Um 12% barna sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi höfðu einhvern tímann sótt þjónustu við geðrænum vandamálum samkvæmt rannsókn Spataro o.fl. (2004), en 3,6% barna úr viðmiðunarhóp, sem ekki höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, höfðu sótt samskonar þjónustu.

Konur sem verða fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku eru líklegri til að fást við alvarlegri afleiðingar hafi ofbeldið verið nauðgun, þær þekkt árásarmanninn eða ofbeldið verið langvarandi (Molnar o.fl., 2001). Rannsóknir hafa sýnt að kynferðisbrot hafa alvarlegri afleiðingar þegar brotin eru alvarleg og fela í sér innsetningu af einhverju tagi (e. penetration). Einnig eru meiri líkur á alvarlegum afleiðingum sé gerandinn faðir eða stjúpfaðir barns eða ef fleiri en einn gerandi brýtur á barninu. Börn sem eru eldri þegar brot á sér stað eru einnig líklegri til að kljást við alvarlegar afleiðingar ofbeldis en yngri börn (Beitchmann o.fl., 1992; Cutajar o.fl., 2010). Rannsóknir benda einnig til þess að sálrænar afleiðingar verði frekar langvarandi hafi einstaklingur hlotið líkamlega áverka við kynferðisofbeldið eða ef líkamlegu ofbeldi var beitt eða hótáð samhliða kynferðisofbeldinu (Beitchman o.fl., 1992).

Hafa verður í huga að börn sem koma úr slæmu félagslegu umhverfi eru líklegri en önnur börn til að verða fyrir kynferðislegu ofbeldi og oft er erfitt að greina á milli hvort þunglyndi, kvíði og aðrar geðraskanir í æsku eða á fullorðinsárum séu afleiðing kynferðisofbeldis, afleiðing þess að búa við slæmar aðstæður og jafnvel vanrækslu í æsku eða sambland af báðum þáttum (Mullen o.fl., 1996).

### ***Þunglyndi***

Alvarleg geðlægð (major depressive disorder, hér eftir þunglyndi) er algeng lyndisröskun og þekkt afleiðing kynferðisofbeldis (Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993; Molnar, 2001; Paolucci o.fl., 2001).

### *Einkenni og greiningarskilmerki þunglyndis*

Til að greinast með alvarlega geðlægd þarf að uppfylla fimm af níu einkennum yfir að minnsta kosti tveggja vikna tímabil, samkvæmt DSM-5 (APA, 2013). Þessi níu einkenni eru (1) depurð eða pirringur nánast á hverjum degi, (2) minnkaður áhugi eða ánægja af athöfnum sem áður vöktu áhuga og ánægju, (3) þyngdartap eða þyngdaraukning, (4) svefntruflanir, (5) aukin eða minnkuð hreyfipörf nánast á hverjum degi svo aðrir taka eftir því, (6) þreyta eða orkuleysi, (7) óviðeigandi sektarkennd eða finnast maður einkis virði, (8) erfiðleikar við hugsun og einbeitingu og loks (9) hugsanir um dauða eða sjálfsvíg, og jafnvel áætlanir um sjálfsvíg. Annað hvort fyrsta eða annað greiningarskilmerkið, depurð eða áhugaleysi, verða að vera til staðar til að uppfylla greiningarskilmerki. Þessi einkenni verða einnig að valda truflunum í daglegu lífi í starfi, námi, félagslegum samskiptum eða á öðrum mikilvægum sviðum lífsins til að greiningarskilmerki séu uppfyllt (APA, 2013). Greiningarskilmerkin eru þau sömu hjá börnum og unglíngum, en hjá þeim kemur depurð gjarnan fram sem aukinn pirringur og einnig getur þyngdartap verið ef barnið nær ekki eðlilegri þyngd miðað við þroska (APA, 2013).

### *Algengi þunglyndis*

Þunglyndi er nokkuð algeng geðröskun en lífsstíðaralgengi hennar er um 16,2% (Kessler, o.fl., 2003). Konur fá þunglyndi allt að þrisvar sinnum oft en karlar (APA, 2013). Aukin tíðni er í aldurshópnum 18 til 29 ára, þar sem tíðni þunglyndis er þrefalt hærri en meðal fólks sem komið er yfir sextugt (APA, 2013). Tíðni þunglyndis meðal barna er lág eða um eða undir 1% í flestum rannsóknum (Kessler, Avenevoli og Merikangas, 2001). Rannsóknir benda til þess að tíðni þunglyndis sé svipuð hjá stúlkum og drengjum á yngri árum en snemma á unglingsárum fara stúlkur að taka fram úr drengjum (Hankin o.fl., 1998; Kessler o.fl., 2012). Rannsókn Hankin o.fl. (1998) sýndi um 1% 11 ára barna náði greiningarskilmerkjum þunglyndis og drengir voru með hærri tíðni en stúlkur, eða 1,79% á móti 0,31% hjá stúlkum. Við 15 ára aldur var tíðni þunglyndis um 2,75% og stúlkur höfðu tekið fram úr drengjum, með 4,38% algengi á móti 1,19% hjá drengjum. Við 18 ára aldur er tíðni orðin tæplega 17%, þar sem 23,2% stúlkna hefur fengið þunglyndi á síðastliðnu ári en 10,8% drengja. Tíðni þunglyndis eykst því með hækkandi aldri og að konur eru líklegri til að greinast með þunglyndi en karlmenn (APA, 2013; Hankin o.fl., 1998; Kessler o.fl., 2012).

### *Þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis*

Auknar líkur á að greinast með þunglyndi á ævinni er þekkt afleiðing kynferðisofbeldis (Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993; Molnar, 2001; Paolucci o.fl., 2001). Börn sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi eru líklegri en önnur börn til að ná greiningarskilmerkjum þunglyndis (Spataro o.fl., 2004; Paolucci o.fl., 2001). Samkvæmt rannsókn Ackerman o.fl. (1998) náðu 12% drengja og 11% stúlkna sem orðið höfðu fyrir kynferðisofbeldi greiningarskilmerkjum alvarlegs þunglyndis þegar tekið var meðaltal af svörum barna og forsjáradila. Í rannsókn sem kannaði stöðu 95 barna 12 mánuðum eftir að hafa sagt frá nýlegu kynferðisofbeldi náðu 12,1% greiningarskilmerkjum alvarlegs þunglyndis (Merry og Andrews, 1994). Þunglyndi getur einnig verið langtímaafleiðing kynferðisofbeldis og eru fullorðnir einstaklingar, sem urðu fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku líklegri til að greinast með þunglyndi en aðrir (Mullen, Martin, Anderson, Romans og Herbison, 1996; Spataro o.fl., 2004).

Rannsókn Dinwiddie o.fl. (2000) sýndi að saga um kynferðislegt ofbeldi í æsku tvöfaldaði líkur á alvarlegu þunglyndi á fullorðinsárum hjá konum og nánast fjórfaldaði líkurnar hjá körlum. Rannsókin sýndi einnig að saga um kynferðislegt ofbeldi í æsku tæplega sjöfaldaði líkurnar á því að hafa gert alvarleglega sjálfsvígstilraun (Dinwiddie o.fl., 2004). Fullorðið fólk sem greindi frá því að hafa orðið fyrir kynferðisbroti fyrir 18 ára aldur var almennt með fleiri og alvarlegri einkenni þunglyndis en þeir sem ekki greindu frá kynferðisbroti fyrir 18 ára aldur og voru auk þess líklegri til að hafa samslátt við kvíða (Stein o.fl., 1996). Rannsókn sem bar saman afdrif kvenna sem greindu frá kynferðislegu, líkamlegu eða andlegu ofbeldi í æsku sýndi að þær sem greindu frá kynferðislegu ofbeldi voru líklegastar til að hafa einhvern tímann upplifað þunglyndi, gert sjálfsvígstilraun eða lagst inn á geðdeild (Mullen o.fl., 1996).

### ***Kvíði***

Kvíðaraskanir eru raskanir sem einkennast af of sterku óttaviðbragði og miklum kvíða sem leiðir til truflana á hegðun (APA, 2013). Kvíðaraskanir eru algengustu geðraskanir meðal barna og unglunga í heiminum í dag. Rannsóknir benda til þess að allt að þriðjungur unglunga nái greiningarskilmerkjum fyrir að minnsta kosti eina kvíðaröskun fyrir 18 ára aldur. (Merikangas o.fl., 2010). Kvíðaraskanir í DSM-5 eru eftirfarandi (1) aðskilnaðarkvíði, (2) kjörþögli, (3) sértæk fælni, (4) félagskvíði, (5) felmtursröskun, (6) víðáttufælni og (7) almenn

kvíðaröskun. Einnig eru þar kvíðaröskun vegna vímuefnanotkunnar, kvíðaröskun vegna læknisfræðilegs ástands, kvíðaröskun af öðrum orsökum og ótilgreind kvíðaröskun (APA, 2013).

#### *Einkenni og greiningarskilmerki kvíða*

Kvíði er tilfinning sem beinist að skynjaðri ógn í náinni framtíð og er viðeigandi í ýmsum aðstæðum (APA, 2013). Kvíði verður að kvíðaröskun þegar hann er til staðar oft en eðlilegt gæti talist og ekki í samræmi við raunverulega ógn í umhverfi og aðstæðum (APA, 2013). Einkenni og greiningarskilmerki kvíðaraskanna eru ólík eftir kvíðaröskunum en það er misjafnt hvað fólk óttast (APA, 2013). Sameiginleg einkenni þeirra er að fólk reynir að forðast það sem vekur kvíða hjá þeim og fær óttaviðbrögð sem eru ekki í samræmi við raunverulega hættu sem stafar af því sem þau óttast. Til dæmis sértæk fælni sem beinist að einverjum sérstökum hlut eða fyrirbæri, svo sem dýrum eða nálum, eða félagskvíði þar sem félagsleg samskipti vekja sterk kvíðaviðbrögð (APA, 2013). Kvíði er víðtækur og hefur áhrif á hugsun, líkama og hegðun. Mikil líkamleg einkenni fylgja oft kvíðaviðbragði líkt og magaverkir, ógleði, uppköst, hraður hjartsláttur, vöðvaspenna og svimi. Þessi sterku einkenni og mikla vanlíðan sem fylgir kvíðaviðbragði gerir það að verkum að fólk reynir að forðast það sem veldur þeim ótta (APA, 2013).

Aðskilnaðarkvíði er algeng kvíðaröskun meðal barna sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi (Ackerman o.fl., 1998). Aðskilnaðarkvíði einkennist helst af yfirþyrmandi ótta eða kvíða um að vera aðskilinn öðrum einstaklingi, sem oftast er foreldri eða maki. Óttanum fylgja þrálátar áhyggjur um að missa þennan einstakling, til dæmis að hann lendi í slysi, veikist alvarlega eða látist. Einstaklingur með aðskilnaðarkvíða sýna oft mikinn mótþróa eða jafnvel algjöra neitun varðandi að yfirgefa heimilið, til dæmis til að mæta í skóla eða vinnu. Einstaklingur með aðskilnaðarkvíða óttast einnig mjög að vera einn heima, án þess umönnunaraðila sem kvíðinn beinist að. Líkamleg einkenni geta einnig fylgt aðskilnaðarkvíða, svo sem höfuðverkir, magaverkir, ógleði og uppköst auk martraða sem fjalla um aðskilnað frá umönnunaraðila (APA, 2013).

Auk aðskilnaðarkvíða er almenn kvíðaröskun algeng meðal barna sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi (Ackerman o.fl., 1998). Almenn kvíðaröskun einkennist af yfirdrifnum og sífellum áhyggjum, sem eru ekki í samræmi við raunverulega hættu, nánast á hverjum degi í að minnsta kosti sex mánuði. Einstaklingur á erfitt með að stjórna þessum áhyggjum og áhyggjunum fylgja að minnsta kosti þrjú eftirfarandi einkenna; (1) eirðarleysi eða vera sífellt



uppspennt/ur, (2) þreytist auðveldlega, (3) erfiðleikar með að einbeita sér, (4) pirringur, (5) vöðvaspenna eða (6) svefntruflanir. Þessar áhyggjur og einkenni verða að hafa merkjanleg truflandi áhrif á daglegt líf einstaklings til að uppfylla greiningarskilmerki og eru ekki af völdum lyfja eða annarra efna (APA, 2013).

### *Algengi kvíðaraskanna*

Tíðni kvíðaraskanna meðal barna og unglunga er talin vera um 15 til 20% en töluverður breytileiki er á tíðni eftir rannsóknum sem má að hluta til skýra með ólíkum mælitækjum og aðferðum þeirra (Beesdo, Knappe og Pine, 2009; Costello, Egger, Copeland, Erkanli og Angold, 2011). Aðskilnaðarkvíði, sértæk fælni og félagskvíði eru þær kvíðaraskanir sem eru algengastar meðal barna og unglunga (Costello o.fl., 2011). Mynstrið er nokkuð breytilegt eftir aldri. Rannsóknir sýna að með hækkandi aldri dvíni tíðni aðskilnaðarkvíða og kjörþögli en tíðni felmtursröskunar og víðáttufælni eykst (Costello o.fl., 2011). Yfirlitsgrein Costello o.fl. (2011) sýndi að tíðni kvíðaraskana meðal barna á aldrinum sex til 12 ára var 12,3%. Flest barna á aldrinum sex til 12 ára voru með sértæka fælni, eða 6,7%. Þar á eftir kom aðskilnaðarkvíði með 3,9% og félagskvíði með 2,2%. Tíðni kvíðaraskana meðal barna á aldrinum 13 til 18 ára var í sömu rannsókn 11%. Meðal eldri barnanna var sértæk fælni einnig algengust, eða með 6,7% líkt og hjá yngri börnum. Hjá eldri börnunum kom félagskvíði á eftir sértækri fælni en 5% voru með greinanlegan félagskvíða. Aðskilnaðarkvíði var svo þriðja algengasta röskunin í aldurshópnum 13 til 18 ára með 1,9%.

Kynjamunur er einnig í tíðni á kvíðaröskunum rannsóknir sýna að konur eru líklegri til að greinast með kvíðaröskun einhverntímann á ævinni en karlar (Beesdo, Knappe og Pine, 2009; Wittchen, Nelson og Lachner, 1998). Niðurstöður rannsóknar Wittchen, Nelson og Lachner (1998) á rúmlega 3000 þáttakendum á aldrinum 14 til 24 ára voru að lífstíðaralgengi kvíðaraskana var 20,3% hjá konum en 8,3% hjá körlum. Talið er að kynjamunurinn sé til staðar strax við barnsaldur en aukist svo þegar komið er á unglingsár, þegar stúlkur eru allt að tvöfalt líklegri til að greinast með kvíða en drengir (Beesdo, Knappe og Pine, 2009).

### *Kvíði í kjölfar kynferðisofbeldis*

Börn sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi sýna oft ýmis kvíðaeinkenni, til dæmis ofurárvekni, hafa miklar áhyggjur af minni háttar atburðum, óttast að vera ein eða óttast ókunnuga og félagsleg samskipt (Pine og Cohen, 2002). Einstaklingar sem verða fyrir kynferðisofbeldi sem börn eiga frekar á hættu á að greinast með kvíðaröskun á lífsleiðinni en þeir sem ekki hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi (Kendall-Tackett o.fl., 1993; Spataro o.fl.,

2004). Börn sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi eru líklegri en önnur börn til að ná greiningarskilmerkjum kvíðaraskanna (Spataro o.fl., 2004). Í yfirlitsgrein Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor (1993) um sálmeinafræði barna í kjölfar kynferðisofbeldis voru 28% barna sem náðu greiningarskilmerkjum einhverjar kvíðaröskunar. Rannsókn sem kannaði sálmeinafræði barna 12 mánuðum eftir að þau sögðu frá kynferðisofbeldi sýndi að 30,3% uppfylltu greiningarskilmerkjum einhverrar kvíðaröskunar (Merry og Andrews, 1994).

Rannsóknir sýna að börn sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi eru líklegri til að uppfylla greiningarskilmerki aðskilnaðarkvíða og almennrar kvíðaröskunar (Ackerman o.fl., 1998; Pine og Cohen, 2002). Í rannsókn Ackerman o.fl. (1998) náðu 32% drengja og 41% stúlkna sem orðið höfðu fyrir kynferðisofbeldi greiningarskilmerkjum aðskilnaðarkvíða þegar tekið var meðaltal af svörum barnanna sjálfra og svörum foreldra þeirra. Tíðni aðskilnaðarkvíða í almennu þýði er á bilinu 1 til 7,6% (Kessler o.fl., 2012; Merikangas o.fl., 2010).

Rannsóknir á fullorðnum þátttakendum sem urðu fyrir kynferðisofbeldi eða líkamlegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur benda til þess að þeir fái frekar felmtursröskun en almennt þýði (Safren, Gershuny, Marzol, Otto og Pollack, 2002; Stein o.fl., 1996). Kvíðaeinkenni virðast auk þess vera alvarlegri og auknar líkur eru á að samsláttur sé milli kvíða og þunglyndis meðal fullorðinna einstaklinga sem greindu frá kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur en þeirra sem ekki greindu frá kynferðislegu ofbeldi (Stein o.fl., 1996).

### ***Áfallastreituröskun***

Áfallastreituröskun (*e. Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD*) er geðröskun sem getur hrjáð fólk í kjölfar áfalls og er möguleg afleiðing kynferðisofbeldis í æsku (Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993). Áfall er skilgreint sem atburður sem einstaklingur upplifir eða verður vitni að sem ógnar lífi, veldur alvarlegum áverka eða dauðsfalli. Atburðurinn getur einnig verið ógn um að líkama eintaklings sé misboðið eða hann vanvirtur á einhvern hátt. Slíkir atburðir valda ótta, hjálparleysi eða hryllingu (APA, 2013). Dæmi um slík áföll eru t.d. alvarleg slys, ástvinamissir, náttúruhamfarir, pyntingar, hernaður eða kynferðislegt ofbeldi.

### ***Greiningarskilmerki áfallastreituröskunar.***

Fyrst og fremst þarf einstaklingur að hafa upplifað einhvern atburð sem hægt er að skilgreina sem áfall, þ.e. ógnar lífi, veldur alvarlegum áverka eða dauðsfalli eða kynferðisofbeldi til að geta greinst með áfallastreituröskun (APA, 2013). Einstaklingur þarf að upplifa áfallið af

fyrstu hendi, annaðhvort sem þolandi eða vitni, eða fréttu af því að náinn ástvinur hafi orðið fyrir ofbeldisfullu áfalli eða slysi sem olli alvarlegum meiðslum eða dauða, til að hægt sé að greina áfallastreituröskun. Ekki er hægt að fá greiningu sé áfallið eingöngu upplifað í gegnum miðil, svo sem sjónvarp eða internet. Einnig er hægt að greinast með áfallastreituröskun eftir að hafa ítrekað orðið vitni af áföllum í gegnum störf sín, t.d. í lögreglu, slökkviliði eða björgunarsveit (APA, 2013). Fyrir utan kröfur um eðli áfallsins eru greiningarskilmerki áfallastreituröskunar í fjórum flokkum samkvæmt flokkunarkerfi bandarískra geðlækna og þarf einstaklingur að hafa að minnsta kosti eitt einkenni úr hverjum flokki til að ná greiningarskilmærkjum (APA, 2013). Fyrsti flokkur einkenna er að endurupplifa atburðinn endurtekið, til dæmis með martröðum, ágengum minningum eða með hugrofseinkennum. Í öðru lagi einkennist áfallastreituröskun af forðun, einstaklingar forðast að hugsa eða tala um atburðinn auk þess að forðast aðstæður eða fólk sem minna á atburðinn. Í þriðja lagi einkennist áfallastreituröskun af neikvæðum breytingum í hugsun og tilfinningum sem tengjast áfallinu, t.d. geta ekki munað mikilvægar upplýsingar varðandi atburðinn, rangtúlkanir á því sem gerðist eða afleiðingum þess, sem leiðir til sjálfsásökunar, neikvæðrar tilfinningaupplifunar, áhugaleysi á því sem áður þótti skemmtilegt og tilfinningadoði. Í fjórða lagi einkennist áfallastreituröskun af ofurárvekni, sem lýsir sér í reiði eða pirringi, að bregða auðveldlega, óábyrgri eða sjálfsskaðandi hegðun, einbeitingarörðugleikum og svefntruflunum. Til þess að ná greiningarskilmærkjum áfallastreituröskunar þurfa einkennin að hafa verið til staðar í að minnsta kosti einn mánuð og valda verulegu uppnámi eða truflun á einhverjum sviðum lífsins (APA, 2013). Hjá börnum undir sjö ára aldri geta einkennin komið fram á annan hátt, til dæmis með miklum pirringi, tíðum skapofsaköstum og að draga sig í hlé frá félagslegum aðstæðum, auk ofangreindra einkenna (APA, 2013).

#### *Algengi áfallastreituröskunar*

Ekki allir sem verða fyrir áfalli þróa með sér áfallastreituröskun og í raun ná flestir góðum bata í kjölfar áfalls án þess að fá faglega aðstoð (Browne og Finkelhor, 1986). Mörg börn og ungmenni verða fyrir einhverju sem gæti flokkast sem áfall fyrir 16 ára aldur en fæst virðast þau þróa með sér áfallastreituröskun (Copeland, Keeler, Angold og Costello, 2007; Costello, Erkanli, Fairbank og Angold, 2002). Í þýði fullorðinna virðast um 25% þeirra sem verða fyrir áfalli þróa með sér áfallastreituröskun (Breslau, Davis, Andreski og Peterson, 1991). Tíðni áfallastreituröskunar meðal barna og unglunga er á reiki og getur verið breytileg eftir tegund áfalls (Pine og Cohen, 2002). Þó er almennt talið líklegra að börn þrói með sér

áfallastreituröskun en fullorðnir í kjölfar áfalls (Hornor, 2013). Tölur úr safngreiningu frá 2014 sýna að um 16% barna sem verða fyrir einhverskonar áfalli þrói með sér áfallastreituröskun. Í þeim hópi eru piltar sem verða fyrir ópersónulegu áfalli ólíklegastir til að þrói með sér áfallastreituröskun en stúlkur sem verða fyrir persónulegu áfalli líklegastar (Alisic o.fl., 2014).

Börn sem verða fyrir líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi sýna gjarnan hærra tíðni af ýmsum geðrænum vandamálum í kjölfar þess en börn sem verða fyrir annars konar áföllum, eins og slysum eða náttúruhamförum (Pine og Cohen, 2002). Um þriðjungur barna sem verða fyrir líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi þrói með sér áfallastreituröskun og yfirleitt er samsláttur við aðrar geðraskanir (Ackerman o.fl., 1998; Famularo, Fenton, Kinscherff og Augustyn, 1996). Rannsókn McLeer o.fl. (1998) sýndi að 36,3% barna sem höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi höfðu áfallastreitueinkenni yfir klínískum mörkum 60 dögum eftir ofbeldið. Rannsóknir hafa sýnt að algengi áfallastreituröskunar meðal barna og unglunga í kjölfar einhvers ofbeldis sé á bilinu 30 til 35% (Ackerman o.fl., 1998; McLeer o.fl., 1998; Famularo o.fl., 1996). Það er ljóst að ofbeldi, sérstaklega kynferðisofbeldi, er líklegra til að leiða til alvarlegra afleiðinga svo sem áfallastreituröskunar og annarra geðraskanna en önnur vægari áföll eða áföll sem ekki voru af mannavöldum (Pine og Cohen, 2002).

#### *Áhættuþættir áfallastreituröskunar*

Vissir þættir virðast auka líkur á að börn og unglingar þrói með sér áfallastreituröskun í kjölfar áfalls og aðrir þættir sem draga úr líkum á áfallastreituröskun eftir áfall. Gott stuðningsnet í kringum barn er til dæmis verndandi þáttur fyrir áfallastreituröskun, börn sem fá góðan stuðning frá foreldrum, systkinum og vinum eru ólíklegri til að þrói með sér áfallastreituröskun (Cohen o.fl., 2006; Pine og Cohen, 2002; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell og Field, 2012). Alvarleiki áfalls hefur áhrif á áfallastreitueinkenni en því alvarlegra sem áfallið er því líklegra er að einstaklingur þrói með sér áfallastreituröskun (Foy, Madvig, Pynoos og Camilleri, 1996). Minni hætta er á að barn þrói með sér áfallastreituröskun ef áfallið er brátt og leiðir aðeins til minni háttar breytinga í félagslegu umhverfi þess. Sé áfallið hins vegar langvarandi, þrálátt, síendurtekið eða það leiðir til mikilla breytinga í félagslegu umhverfi barns er mun meiri hætta á áfallastreitueinkennum (Pine og Cohen, 2002). Sé áfallið á einhvern hátt viljandi, eins og líkamsárás, kynferðislegt ofbeldi eða hryðjuverk er einnig líklegra að barn þrói með sér áfallastreituröskun (Trickey o.fl., 2012).

Viðbrögð foreldra við áfalli geta einnig spilað stórt hlutverk í þróun áfallastreitueinkenna barna og unglunga. Ef foreldri sýnir einkenni áfallastreitu í kjölfar sameiginlegs áfalls er barnið eða unglungurinn líklegri til að þróa með sér áfallastreituröskun (Foy o.fl., 1996; Trickey o.fl., 2012). Stúlkur virðast fá fleiri áfallastreitueinkenni en drengir en þó vantar fleiri rannsóknir á sviðinu til að geta fullyrt um áhrif kyns (Hornor 2013; Trickey o.fl., 2012). Hugmyndir eru uppi um að einkennamyndin sé mögulega öðruvísi hjá drengjum og að það útskýri af hverju færri drengir greinast með áfallastreituröskun í kjölfar áfalls (Cohen o.fl., 2006).

Langvarandi áföll eru líklegri til að valda áfallastreitu (Pine og Cohen, 2002). Yngri börnum vegnar betur en þeim eldri ef áfallið er eitt afmarkað atvik sem varir í skamman tíma. Yngri börn reiða frekar á viðbrögð foreldra sinna og ef foreldrum gengur vel að aðlagast eftir áfall gengur börnum einnig betur í kjölfar þess. Hins vegar vegnar yngri börnum verr eftir langvarandi áföll og erfiðleika sem hefjast snemma í lífi þeirra, til dæmis langvarandi og endurtekið kynferðislegt ofbeldi. Þegar áfallasaga hefst snemma í lífi ungs barn getur það haft mikil áhrif á þroskasögu þess en áhrifin eru minni þegar áfallasagan hefst á unglingsárum (Cohen o.fl., 2006). Yngri börn virðast því ólíklegri til að þróa með sér áfallastreituröskun í kjölfar einstaks atviks en líklegri til þess sé áfallið langvarandi. Aðrar rannsóknir sýna þó engin tengsl milli aldurs og einkennamyndar áfallastreituröskunar í kjölfar kynferðisofbeldis, ljóst er því að þörf er á frekari rannsóknum (Boney-McCoy og Finkelhor, 1995; Paolucci o.fl., 2001).

Í yfirlitsgrein Trickey o.fl. (2012) um áhættuþætti í áfallastreituröskun barna sýndu niðurstöður að lélegt stuðningsnet, slök fjölskylduvirkni auk skynjaðrar hættu um eigið líf og ótta á meðan áfalli stóð höfðu mestu áhrifin. Einnig virtist samsláttur við aðrar geðraskanir vera áhættuþáttur fyrir áfallastreitueinkenni, þá sérstaklega samsláttur við þunglyndi. Þunglyndi var sérstaklega áhrifaríkur áhættuþáttur þegar áfallið var á einhvern hátt viljandi, t.d. kynferðisofbeldi eða hryðjuverk. Börn og unglingar með áfallastreituröskun og þunglyndi fá yfirleitt alvarlegri einkenni og hafa verri batahorfur en börn sem hafa áfallastreitursökun án samsláttar við þunglyndi (Lai, La Greca, Auslander og Short, 2013). Í grein Trickey o.fl. (2012) sýndu margir þættir miðlungsáhrif á þróun áfallastreituröskunar. Þetta voru til dæmis að vera kvenkyns, lág greind, slæm samfélagsstaða, alvarleiki áfalls, umfjöllun í fjölmiðlum um áfallið og sálræn vandamál foreldra í kjölfar áfallsins. Ungur aldur og kynþáttur sýndu lítil áhrif á þróun áfallastreituröskunar (Trickey o.fl., 2012). Mikil áfallastreitueinkenni beint í

kjölfar áfalls gefa bestu spá um þróun áfallastreituröskunar, sem gefur til kynna að ferlun upplýsinga strax í upphafi hafi mikil áhrif á þróun frekari og þrálátari áfallastreitueinkenna (Trickey o.fl., 2012).

Almennt virðast vera meiri líkur á að börn og unglingar þrói með sér áfallastreituröskun í kjölfar áfalls sé áfallið á einhvern hátt viljandi eða af mannavöldum, líkt og hryðjuverk eða kynferðislegt ofbeldi (Pine og Cohen, 2002). Rannsóknir benda til þess að meiri líkur séu á áfallastreitueinkennum í kjölfar kynferðisofbeldis þegar gerandi er innan fjölskyldunnar en þegar gerandi er ekki fjölskyldumeðlimur (Cantón-Cortés og Cantón, 2010; Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993) en aðrar rannsóknir sýna engin áhrif tengsla við geranda á áfallastreitueinkenni (Boney-McCoy og Finkelhor, 1995; Paolucci o.fl., 2001). Áfallastreitueinkenni eru líklegri þegar barn verður fyrir langvarandi kynferðisofbeldi en þegar um einstakt atvik er að ræða (Cantón-Cortés og Cantón, 2010; Pine og Cohen, 2002). Rannsóknir hafa einnig sýnt að fari barn eða unglundur í hugrof þegar kynferðisofbeldið á sér stað eða stuttu eftir það er líklegra að það greinist með áfallastreituröskun í kjölfar kynferðisofbeldis (Kaplow, Dodge, Jackson og Saxe, 2005). Rannsókn Boney-McCoy og Finkelhor (1995) benti til þess að alvarleikastig kynferðisofbeldis hafi áhrif á þróun áfallastreitueinkenna. Auk þess var barn líklegra til að þróa með sér áfallastreituröskun ef það hlaut mikla áverka við kynferðisofbeldi, ef gerandi hótaði barninu á meðan ofbeldinu stóð og ef gerandi virtist vera undir áhrifum áfengis eða vímuefna (Boney-McCoy og Finkelhor, 1995). Niðurstöður Boney-McCoy og Finkelhor (1995) bentu einnig til að áfallastreitueinkenni væru meiri hjá börnum sem höfðu áður orðið fyrir líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi af hálfu fjölskyldumeðlima eða höfðu lent í tilraun til mannráns.

### ***Samsláttur áfallastreituröskunar við kvíða og þunglyndi***

Mikill meirihluti þeirra barna og unglunga sem greinast með áfallastreitueinkenni í kjölfar líkamlegs eða kynferðislegs ofbeldis ná einnig greiningarskilmerkjum annarra raskana (Ackerman o.fl., 1998). Samsláttur við aðrar geðrasakanir getur aukið einkenni áfallastreituröskunar og batahorfur eru almennt verri (Lai o.fl., 2013). Samkvæmt bandarískri rannsókn frá árinu 2003 náðu um 75% þeirra unglunga sem greindust með áfallastreituröskun í kjölfar einhverskonar ofbeldis einnig greiningarviðmiðum að minnsta kosti einnar annarrar geðröskunar. Algengast var að samsláttur væri við alvarlega geðlægðarlotu (Kilpatrick o.fl., 2003). Tæplega þriðjungur kvenna sem náðu greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar eftir áfall í æsku eða á unglingsárum náðu einnig greiningarskilmerkjum þunglyndis (Maercker

o.fl., 2004). Fleiri rannsóknir hafa sýnt mikinn samslátt áfallastreituröskunar við alvarlegt þunglyndi hjá börnum og unglingum (Ackerman o.fl., 1998; Thabet, Abed og Vostanis, 2004). Börn og unglingar með áfallastreituröskun og þunglyndi fá yfirleitt alvarlegri einkenni og hafa verri batahorfur en börn sem hafa áfallastreitursökun án samsláttar við þunglyndi (Lai o.fl., 2013).

Í úrtaki fullorðinna hafa allt að 50% þeirra sem greinast með áfallastreituröskun einnig náð greiningarskilmerkjum alvarlegs þunglyndis (Franklin og Zimmerman, 2001). Þessi mikli samsláttur á milli þunglyndis og áfallastreituröskunar hefur verið kannaður og því velt upp hvort skýra megi samsláttinn með skörun í einkennum (Franklin og Zimmerman, 2001; Thabet, Abed og Vostanis, 2004). Rannsóknir benda til þess að samsláttur sé ekki vegna skörunar á einkennum heldur frekar vegna sameiginlegra áhættuþátta, eins og lágrar samfélagsstöðu, mikilla breytingar á nánasta umhverfi eða ástvinamissir (Franklin og Zimmerman, 2001; Thabet, Abed og Vostanis, 2004). Finkelhor (1990) hefur meðal annarra velt því upp hvort áfallastreituröskun nái ekki nægilega vel yfir áfallaeinkenni barna og unglinga í kjölfar kynferðislegs ofbeldis sökum þess hve mikill samsláttur er við aðrar raskanir.

### **Meðferðarúrræði í kjölfar kynferðisofbeldis**

Á Íslandi býðst öllum börnum sem sætt hafa kynferðislegu ofbeldi meðferð í Barnahúsi. Í Barnahúsi er fyrst og fremst unnið með áfallamiðaða hugræna atferlismeðferð (Þorbjörg Sveinsdóttir, 2011).

Áfallamiðuð hugræn atferlismeðferð (ÁM-HAM; *e. Trauma-Focused Cognitive Behaviour Therapy; TF-CBT*) er mest notaða meðferð við áfallastreituröskun hjá börnum og unglingum í dag (Cohen o.fl., 2006). Rannsóknir hafa sýnt að ÁM-HAM er árangursrík í að draga úr áfallastreitueinkennum barna og unglinga fram yfir aðrar meðferðir (Cary og McMillen, 2012; Cohen, Deblinger, Mannarino og Steer, 2004; Dowd og McGuire, 2011; Kowalik, Weller, Venter og Drachman, 2011; Stallard, 2006). Þekktasta form af áfallamiðaðri hugrænni atferlismeðferð er meðferðarinngríp þróað af Cohen o.fl. (2006). Meðferðin er stöðluð fyrir börn og unglinga sem hafa orðið fyrir áfalli og umönnunaraðila þeirra. Rannsóknir hafa sýnt góðan meðferðarárangur ÁM-HAM samanborið við ósérhæfðar stuðningsmeðferðir (Cohen og Mannarino, 1997; Deblinger, Stauffer og Steer, 2001; Stallard, 2006). ÁM-HAM hefur einnig sýnt ásættanlegan meðferðarárangur við þunglyndiseinkennum

samhliða áfallastreituröskun hjá börnum á skólaaldri sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi (Cohen og Mannarino, 1998). Rannsóknir styðja við notkun á ÁM-HAM við áfallastreituröskun meðal barna og unglunga sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi og foreldra þeirra og telst því raunprófað meðferðarúræði (Cohen og Mannarino, 1998; Cohen o.fl., 2004; Deblinger o.fl., 1996; Deblinger o.fl., 2001; Stallard, 2006).

Rannsóknir hafa sýnt að einkenni barna sem fá meðferð í kjölfar kynferðisofbeldis minnka fyrir en einkenni barna sem ekki fá meðferð (Finkelhor og Berliner, 1995; Hetzel-Riggin, Brausch og Montgomery, 2007; Trask, Walsh og DiLillo, 2011). Yfirlitsgrein Trask, Walsh og DiLillo (2011) á meðferðarárangri meðal barna sem sýndu geðræn einkenni eftir kynferðislegt ofbeldi sýndi að meiri ávinningur var af lengri meðferðarúræðum og að hópmeðferð sýndi svipaðan meðferðarárangur og einstaklingsmeðferð. Hetzel-Riggin, Brausch og Montgomery (2007) könnuðu áhrif mismunandi meðferðarleiða á þekkt vandamál í kjölfar kynferðisofbeldi í yfirlitsgrein. Niðurstöður þeirra voru að sérhæfð meðferð í kjölfar ofbeldis (*e. abuse-specific therapy*), hugræn atferlismeðferð og einstaklingsmeðferð höfðu mest áhrif á geðræn einkenni. Hugræn atferlismeðferð og sérhæfð meðferð hafði einnig mest áhrif á hegðunarvanda auk stuðningsmeðferðar annað hvort í hóp eða einstaklingsviðtölum.

### **Rannsóknir á Íslandi um afleiðingar kynferðisofbeldis**

Afleiðingar kynferðisofbeldis gegn börnum hafa lítið verið rannsakaðar á Íslandi. Bryndís Björk Ásgeirsdóttir (2011) rannsakaði tíðni kynferðisofbeldis í úrtaki rúmlega 9.000 íslenskra framhaldsskólanema sem hluta af doktorsverkefni sínu árið 2004 í samstarfi við Rannsóknir og greiningu. Hún kannaði einnig afdrif og líðan þeirra barna sem greindu frá því að brotið hefði verið á þeim kynferðislega fyrir 18 ára aldur í samanburði við þau sem ekki greindu frá slíku broti. Alls 27,3% þeirra nemenda sem tók þátt í könnunni sögðust hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011). Þessa háu tíðni má mögulega skýra með því að börn sem orðið höfðu fyrir kynferðisofbeldi hafi frekar svarað könnunni en börn sem ekki höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi, svarhlutfall var um 67%.

Einkenni þunglyndis, kvíða og reiði var könnuð bæði hjá þeim sem sögðust hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi og þeim sem ekki sögðust hafa lent í slíku ofbeldi. Niðurstöður sýndu að marktækur munur var á milli hópa við allar einkennamyndir. Munurinn var mestur á þunglyndiseinkennum stúlkna. Þegar einkenni eru skoðuð út frá alvarleika brots gefa niðurstöður rannsóknarinnar til kynna línulegt samband milli alvarleika kynferðisofbeldis og



einkenna þunglyndis, kvíða og reiði hjá stúlkum en ekki drengjum. Alvarleiki þunglyndis, kvíða og reiði stúlkna virtist því fara vaxandi eftir mati barnsins á alvarleikastigi brotsins (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011). Þeir drengir sem sögðust hafa orðið orðið alvarlegustu brotunum, að vera þvingaðir til samfara, voru í meiri áhættu fyrir þunglyndi og reiði en þeir sem sögðust annað hvort ekki hafa lent í kynferðislegu ofbeldi eða orðið fyrir vægara broti. Niðurstöður þarf að túlka með fyrirvara þar sem eingöngu voru notaðar fáar spurningar úr viðurkenndum listum við mat á þunglyndis- og kvíðaeinkennum. Þunglyndi var metið með alls átta spurningum, kvíði með fimm spurningum og reiði með fimm spurningum.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu einnig að þeir nemendur sem höfðu að eigin sögn orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi voru líklegri til að hafa farið í áfengisvímu, neytt vímuefna, eða framið afbrot en þeir sem ekki greindu frá kynferðisbroti fyrir 18 ára aldur. Þeir nemendur sem greindu frá kynferðisofbeldi voru auk þess líklegri til að segjast hafa stundað sjálfskaðandi hegðun eða sjálfsvígshegðun en þeir sem ekki höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. Því alvarlegra sem þau sögðu brotið hafa verið því líklegra var að þau hefðu sýnt einhverja af fyrrnefndri hegðun. Af þeim stúlkum sem höfðu að eigin sögn lent í alvarlegustu brotunum, að vera þvingaðar til samfara, sögðust 77% hafa sýnt sjálfskaðandi hegðun, 64% sýnt sjálfsvígshegðun og 40% neytt vímuefna. Um helmingur þeirra drengja sem höfðu verið þvingaðir til samfara að eigin sögn höfðu neytt vímuefna, orðið drukknir þrisvar sinnum eða oftast síðastliðinn mánuð og framið afbrot, samanborið við um 20-28% þeirra sem ekki sögðust hafa orðið fyrir slíku ofbeldi (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011).

### **Samantekt og markmið rannsóknar**

Rannsóknri sýna að um 8 til 13% stúlkna og 3 til 17% drengja verða fyrir kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur (Barth o.fl., 2012; Stoltenborgh o.fl., 2011). Börn sem eru þolendur kynferðisofbeldis glíma oft við alvarlegar og langvarandi afleiðingar í kjölfar þess, eins og þunglyndi, kvíða eða áfallastreituröskun (Browne og Finkelhor, 1986; Cohen o.fl., 2006; Finkelhor, 1990). Stúlkur eru líklegri til að verða fyrir kynferðislegu ofbeldi en drengir (Barth o.fl., 2012; Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011; Finkelhor, 1994; Stoltenborgh o.fl., 2011) og eru líklegri til að þróa með sér áfallastreituröskun í kjölfar kynferðisofbeldis (Trickey o.fl., 2012). Alvarleikastig brots, tengsl við geranda, aldur og hve langvarandi brotið er virðast einnig geta aukið hættu á að barn þrói með sér áfallastreituröskun eða aðrar geðraskanir í kjölfar áfalls (Ackerman o.fl., 1998; Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011; Cantón-Cortés og Cantón, 2010; Kendall-Tackett o.fl., 1993; Trickey o.fl., 2012). Sé samsláttur milli

áfallastreituröskunar og þunglyndis í kjölfar kynferðisofbeldis eru batahorfur almennt verri fyrir barnið (Lai o.fl., 2013).

Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni áfallastreituröskunar, þunglyndis og kvíða meðal barna sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi á Íslandi og sóttu meðferð í Barnahús vegna þess. Einnig var reynt að finna áhættuþætti fyrir þróun þessara raskana í kjölfar kynferðisofbeldis meðal barna. Tíðni geðrasakana hefur ekki verið könnuð áður meðal þjónustupega Barnahúss og afleiðingar kynferðisfobeldis á börn og unglunga hafa í raun lítið hefur verið rannsakaðar hérlandis. Áhættuþættir fyrir áfallastreituröskun, kvíða og þunglyndi meðal barna og unglunga sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi hafa heldur ekki verið skoðaðir hérlandis. Með því að kanna þjónustupega Barnahúss næst í stóran hluta barna sem orðið hafa fyrir kynferðisofbeldi.

Auk tíðni og áhættuþátta geðrasakana var kannað hve mörg meðferðarviðtöl börn fá að meðaltali hjá Barnahúsi og hvort þau börn sem ná greiningarskilmerkjum þunglyndis, kvíða eða áfallastreituröskunar fái að meðaltali fleiri viðtöl en þau sem ekki ná greiningarskilmerkjum geðraskana. Rannsóknir hafa sýnt að börn sem hljóta lengri meðferð fá alla jafna hraðari og meiri bata en börn sem ekki hljóta meðferð eða hljóta styttri meðferð (Finkelhor og Berliner, 1995; Trask, Walsh og DiLillo, 2011). Því er talið að því alvarlegri einkennamynd sem barn sýnir því lengri meðferð fái það í Barnahúsi.

Upplýsingar um áhættuþætti geðraskana í kjölfar kynferðisofbeldis hefur hagnýtt gildi fyrir fagfólk sem vinnur með ungum þolendum kynferðisofbeldis hérlandis. Rannsóknin er hagnýt fyrir starf Barnahúss bæði hvað varðar fá upplýsingar um umfang geðraskana þjónustupega þeirra og til að auka skilning á þeim áhættuþáttum sem auka líkur á að barn þrói með sér áfallastreituröskun, kvíða eða þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis. Auk þess að svara rannsóknarspurningum er markmið með rannsókninni að auka vísindalega þekkingu á áfallastreituröskun meðal barna á Íslandi og efla rannsóknir á því sviði.

Þær spurningar sem reynt verður að svara í rannsókninni eru eftirfarandi;

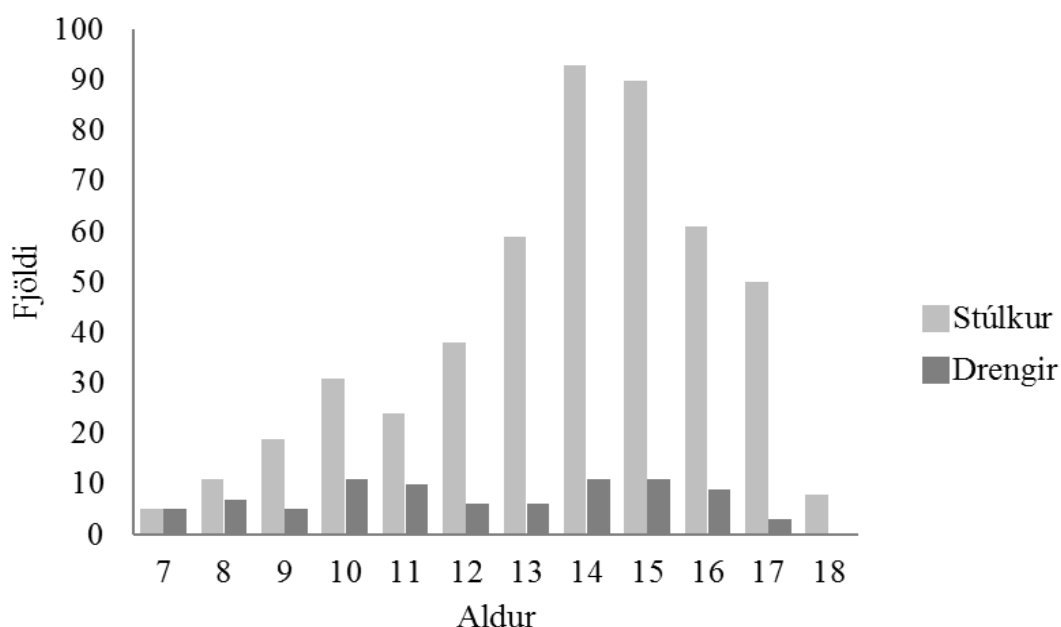
- 1) Hver er tíðni einkenna áfallastreituröskunar, þunglyndis og kvíða yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum meðal þjónustupega Barnahúss?
- 2) Eru einhverjir áhættuþættir fyrir þróun áfallastreituröskunar, þunglyndis og kvíða greinanlegir meðal barna og unglunga í kjölfar kynferðisofbeldis?

- 3) Hve mörg meðferðarviðtöl fá þjónustuþegar Barnahúss að meðaltali og hefur greining á kvíða, þunglyndi eða áfallastreituröskum áhrif á fjölda viðtala?

## Aðferð

### Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru 550 börn og unglingar sem hlutu meðferð í Barnahúsi í kjölfar kynferðisofbeldis af einhverju tagi á árunum 2007 til 2013. Í úrtakinu voru 477 stúlkur og 73 drengir. Öll börn á aldrinum 7 til 18 ára sem hlutu meðferð í Barnahúsi á þessum árum voru sjálfkrafa þátttakendur. Börn sem voru yngri en 7 ára voru útilokuð frá þátttöku. Meðalaldur þátttakenda var 13,55 ( $sf = 2,53$ ). Á mynd 1 má sjá aldursdreifingu þátttakenda eftir kyni. Meðalaldur stúlkna var 13,76 ( $sf = 2,41$ ) og meðalaldur drengja var 12,14 ( $sf = 2,87$ )



Mynd 1. Aldursdreifing þátttakenda eftir kyni.

### Mælitæki

Niðurstöður úr eftirfarandi sjálfsmatslistum þátttakenda voru skoðaðar: The Children's Depression Inventory (CDI), Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition (MASC 2), UCLA-PTSD Reaction Index eða Youth Self Report (YSR).

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

The Children's Depression inventory (CDI) er 27 atriða sjálfsmatskvarði sem metur þunglyndis-einkenni barna á aldrinum sjö til 17 ára. Kvarðinn kom fyrst út árið 1977 og var

þróaður út frá Beck Depression Inventory (BDI) sem er klínískur sjálfsmatskvarði fyrir fullorðna til að meta þunglyndiseinkenni (Sitarenios og Stein, 2004). CDI kvarðinn hefur 27 atriði og hvert atriði hefur þrjú svarmöguleika á bilinu núll til tveir, þar sem hærra stig gefur til kynna alvarlegri einkenni. Heildarstig geta verið frá engum stigum upp í 54 stig (Sitarenios og Stein 2004). Auk heildarstiga er hægt að reikna út stig fyrir fimm undirkvarða með CDI. Undirkvarðarnir eru neikvætt skap (*Negative Mood*), samskiptavandamál (*Interpersonal Problems*), vanvirkni (*Ineffectiveness*), óánægja (*Anhedonia*) og neikvætt sjálfsmat (*Negative Self-Esteem*). Þegar niðurstöður CDI eru túlkaðar þarf að gæta varúðar. Við túlkun listans þarf að taka mið af aldri, kyni, þjóðerni og félags- og efnahagsstöðu fjölskyldu barns (Sitarenios og Stein, 2004). Hægt er að umbreyta heildarstigum yfir í T-tölur, með meðaltalið 50 og staðalfrávik 15. Almennt er miðað við að T-tala 65 eða yfir gefi til kynna klínísk þunglyndiseinkenni sem ber að kanna frekar (Sitarenios og Stein, 2004). Þáttabygging CDI kvarðans hefur verið staðfest í erlendum rannsóknum ásamt því að áreiðanleiki og réttmæti hans hefur verið metið viðunandi (Sitarenios og Stein, 2004).

CDI var staðlaður á Íslandi árið 1994. Kvarðinn reyndist hafa viðunandi áreiðanleika miðað við rannsókn á íslenskum börnum á aldrinum tíu til 14 ára en þáttabygging hans er ekki sú sama í íslensku þýði. Mælt er því með því að eingöngu séu heildarstig CDI kvarðans notuð til að meta þunglyndiseinkenni barna og unglunga á Íslandi og að ekki séu reiknuð stig fyrir einstaka þætti hans (Arnarson o.fl., 1994).

### ***Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition (MASC 2)***

Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition (MASC 2) er sjálfsmatskvarði sem metur kvíðaeinkenni hjá börnum á aldrinum átta til 19 ára (March, Parker, Sullivan, Stallings og Connors, 1997). Kvarðinn byggir á traustum rannsóknum sem benda til þess að hann sé rættmætt og áreiðanlegt mælitæki á kvíða barna og unglunga. Rannsóknir hafa einnig sýnt að MASC 2 greinir vel á milli kvíðaraskanna og hann er talinn próffræðilega sterkt mælitæki á kvíða barna og unglunga (Baldwin og Dadds, 2007; March, 1997). Listinn hefur 39 atriði sem skiptast niður á fjóra meginþætti. Þessir fjórir meginþættir eru (1) líkamleg einkenni, (2) félagskvíði, (3) ofskvíði og flóttá- og forðunarviðbragð og (4) aðskilnaðarkvíði (March o.fl., 1997). Þegar kvarðinn er lagður fyrir eru stig reiknuð fyrir hvern þátt og þeim umbreytt í staðlaða T-tölu sem hefur meðaltal 50 og staðalfrávik 10. T-tala er túlkuð út frá kyni og aldurshóp. Ef T-tala er einu og hálfu staðalfrávik yfir meðaltali eða meira gefur það til kynna að kvíðavandamál sé til staðar (March o.fl., 1997).

MASC 2 hefur verið þýddur og staðlaður að íslensku úrtaki, stöðlun fór fram árið 2001 í almennu úrtaki grunnskólabarna (Magnús Blöndahl Sighvatsson, 2002). Kvarðinn hafði sambærilegan áreiðanleika og hlóð á sömu þætti og í bandarísku úrtaki. Rannsóknir hérlendis hafa sýnt að réttmæti og áreiðanleiki kvarðans er talin ásættanlegur til notkunar í íslensku þýði (Ólason, Sighvatsson og Smári, 2004)

### ***UCLA-PTSD***

*The University of California at Los Angeles Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA-PTSD)* er mælitæki hannað af sérfræðingum í UCLA háskólanum í Bandaríkjunum til að meta einkenni áfallastreituröskunar hjá börnum og unglingum á aldrinum sjö til 18 ára. Kvarðinn metur einkenni áfallastreituröskunar miðað við DSM-IV (Steinberg, Brymer, Decker og Pynoos, 2004). Kvarðann er bæði hægt að nota sem viðtal og sjálfsmatskvarða.

Kvarðinn er byggður upp af þremur þáttum. Fyrsti þátturinn skimar fyrir mögulegum áföllum á lífsleiðinni eftir tegund áfalls, dæmi um slíka flokka eru náttúruhamfarir, ofbeldi og læknisfræðilegt áfall. Séu fleiri en eitt mögulegt áfall tilgreint er barn beðið um að tilgreina það áfall sem veldur mestri vanlíðan. Barn er síðan beðið um að lýsa áfallinu í stuttu máli. Í öðrum þætti kvarðans eru greiningarskilmerki áfallastreituröskunar samkvæmt DSM-IV metin á kerfisbundinn hátt. Einkennin eru metin annaðhvort til staðar eða ekki til staðar. Í þriðja þætti kvarðans er tíðni þessara einkenna á síðastliðnum mánuði metin vandlega á bilinu núll til fjórir. Núll merkir að einkenni hafi aldrei verið til staðar á síðastliðnum mánuði og fjórir merkir að einkenni hafi nánast alltaf verið til staðar á síðastliðnum mánuði. Í þriðja þætti eru 20 atriði sem meta tíðni einkenna áfallastreituröskunar auk tveggja aukaatriða, eitt sem metur ótta við að áfall endurtaki sig og annað sem metur sektarkennd tengt áfallinu (Steinberg o.fl., 2004). Heildarskor er reiknað út frá leiðbeiningum á skorblaði og heildarskor barns gefur upplýsingar um alvarleikastig áfallastreituröskunar auk upplýsinga um alvarleikastig í hverjum einkennaflokki fyrir sig. Miðað er við að 38 heildarstig veiti vísbendingu um að áfallastreitu-röskun sé til staðar hjá barni (Steinberg o.fl., 2004).

UCLA-PTSD hefur verið þýddur á íslensku. Próffræðilegir eiginleikar hans hafa þó ekki verið kannaðir hérlendis. Kvarðinn hefur þó sýnt gott réttmæti og áreiðanleika erlendis (Steinberg o.fl., 2004). UCLA-PTSD er mikið notaður hérlendis og er sá kvarði sem starfsfólk Barnahúss notar til að meta einkenni áfallastreituröskunar. Þar er kvarðinn lagður fyrir börn sem koma í meðferð í formi sjálfsmatslista.

### ***Youth Self Report (YSR)***

Youth Self Report (YSR) er spurningalisti sem var hannaður af Achenbach til að meta líðan barna á aldrinum 11 til 18 ára. Listinn er hluti af ASEBA mælitækinu, sem er mikið notað matstæki um allan heim til að meta hegðun og líðan fólks á öllum aldri (Achenbach og Rescorla, 2001). YSR listinn samanstendur af 112 staðhæfingum sem barn svarar á bilinu núll til tveir, þar sem núll þýðir að staðhæfingin eigi aldrei við, einn þýðir að staðhæfingin eigi stundum við og tveir þýðir að staðhæfingin eigi nánast alltaf við. Þessar staðhæfingar gefa mynd af heildarvanda barns. Heildarvandi barns er reiknaður út frá átta undirþáttum en prófið metur einnig líðan (*internalizing*) og hegðun (*externalizing*) barns út frá völdum undirþáttum. Þeir átta undirþættir sem mynda heildarvanda barns eru hlédrægni, (*withdrawal*), líkamlegar umkvartanir (*somatic complaints*), kvíði eða þunglyndi (*anxious/depressed*), félagsleg vandamál (*social problems*), hugsunarerfiðleikar (*thought problems*), athyglisvandi (*attention problems*), ýgi (*aggressive behaviour*) og óhlýðni (*rule-breaking behaviour*). Undirþættirnir óhýðni og ýgi meta hegðun barns og undirþættirnir kvíði eða þunglyndi, hlédrægni og líkamlegar umkvartanir meta líðan. Á síðari hluta listans eru spurningar um virkni barnsins, það er námsárangur, þátttöku í íþróttum og tómstundum og samskipti við fjölskyldu og vini (Achenbach og Rescorla, 2001).

Staða hvers barns er metin með því að umbreyta niðurstöðum listans yfir í T-tölur sem eru bornar saman við staðlaðar T-tölur frá Bandaríkjunum. Hægt er að meta heildarvanda, hegðun, líðan eða virkni barnsins með T-tölum og metið er hvort svör barns séu innan eðlilegra marka, á mörkum þess að þurfa aðstoð eða hvort svör gefi til kynna að barnið þurfi líklega á aðstoð að halda (Achenbach og Rescorla, 2001). Erlendar rannsóknir hafa sýnt að YSR listinn sé áreiðanlegt matstæki á hegðun og líðan ungmenna og hafi viðunandi réttmæti (Achenbach og Rescorla, 2001). Listinn hefur verið þýddur á íslensku og er mikið notaður af ýmsum fagstéttum á Íslandi. Þáttabygging listans hefur verið staðfest hérlendis og réttmæti listans telst viðunandi í íslensku þýði (Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg o.fl., 2007). Notkun YSR var hætt í Barnahúsi um 2009 og á listinn því aðeins við mál á árunum 2007 til 2009.

### **Framkvæmd**

Áður en rannsókn hófst var skrifað undir samning varðandi framkvæmd hennar við Barnaverndarstofu og leyfi fengið frá Vísindasiðanefnd (VSN-16-010).

Rannsóknin var unnin úr upplýsingum um mál í Barnahús sem geymdar eru í ítarlegum gagnagrunni. Þar eru meðal annars upplýsingar um kyn og þjóðerni þolanda og geranda, aldur þolanda, tengsl við geranda, hve oft var brotið á þolanda eða hve lengi ofbeldið stóð yfir auk upplýsinga um fyrri greiningar þolanda. Upplýsingar um hvort barn sé yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum fyrir áfallastreituröskun, þunglyndi eða kvíða eru til staðar í lokaskýrslum Barnahúss sem unnar eru um hvert mál að því loknu. Farið var í gegnum lokaskýrslur mála frá árunum 2007 til 2013 og upplýsingar um hvort barn fékk stig undir eða yfir klínískum mörkum á sjálfsmats-kvörðum sem meta einkenni kvíða, þunglyndis eða áfallastreituröskunar skráð. Fyrir áfallastreituröskun var mál einnig skráð yfir klínískum mörkum áfallastreituröskunar ef upptalning á einkennum áfallastreitu í lokaskýrslu náði greiningarskilmerkjum röskunarinnar. Fjöldi viðtala sem hvert barn fékk var einnig skráð. Þær upplýsingar voru svo færðar inn í gagnagrunninn eftir ópersónugreinanlegu málsnúmeri. Í 68 málum voru upplýsingar í lokaskýrslum ekki fullnægjandi, þá kannaði starfsmaður Barnahúss dagála frá viðtölum og skráði inn málsnúmer og upplýsingar um hvort barn hafi verið yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum og flutti yfir í gagnagrunninn. Öll vinna fór fram innan Barnahúss, þar sem gögn eru ópersónugreinanleg og geymd í vörðu kerfi.

### **Tölfræðileg úrvinnsla**

Öll tölfræðileg úrvinnsla fór fram í tölfræðiforritunum IBM The Statistical Package for Social Science (SPSS), í 23. útgáfu og R. SPSS var notað til að slá inn gögn og reikna alla lýsandi tölfræði. Tölfræðiforritið R var notað til að framkvæma aðfallsgreiningu og kíkvaðrat próf. Aðfallsgreining hlutfalla (*logistic regression*) var notuð til að kanna tengsl breyta í gagnasafninu við kvíða, þunglyndi og áfallastreituröskun. Línuleg aðfallsgreining var notuð til að kanna áhrif kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar á fjölda meðferðarviðtala. Kíkvaðrat próf var gert til að kanna hvort marktæk tengsl væru á milli þess hver tengsl við geranda væru og kyns þolanda annars vegar og til að kanna hvort tengsl væru á milli raskana yfir klínískum mörkum og kyns hins vegar

Fyrir tölfræðiúrvinnslu voru breyturnar tíðni, tímalengd, alvarleikastig og tengsl við geranda endurkóðaðar í R til að fækka flokkum innan hvernar breytu. Flokkum í breytunni tengsl við geranda var fækkað úr 29 flokkum niður í þrjá flokka, nán tengsl, kunnugir og ókunnugir. Flokkum í breytunni tíðni var fækkað úr fjórum í þrjá, einu sinni, tvisvar til tíu sinnum og oftast en tíu sinnum. Flokkum í breytunni tímalengd var fækkað úr sjö breytum

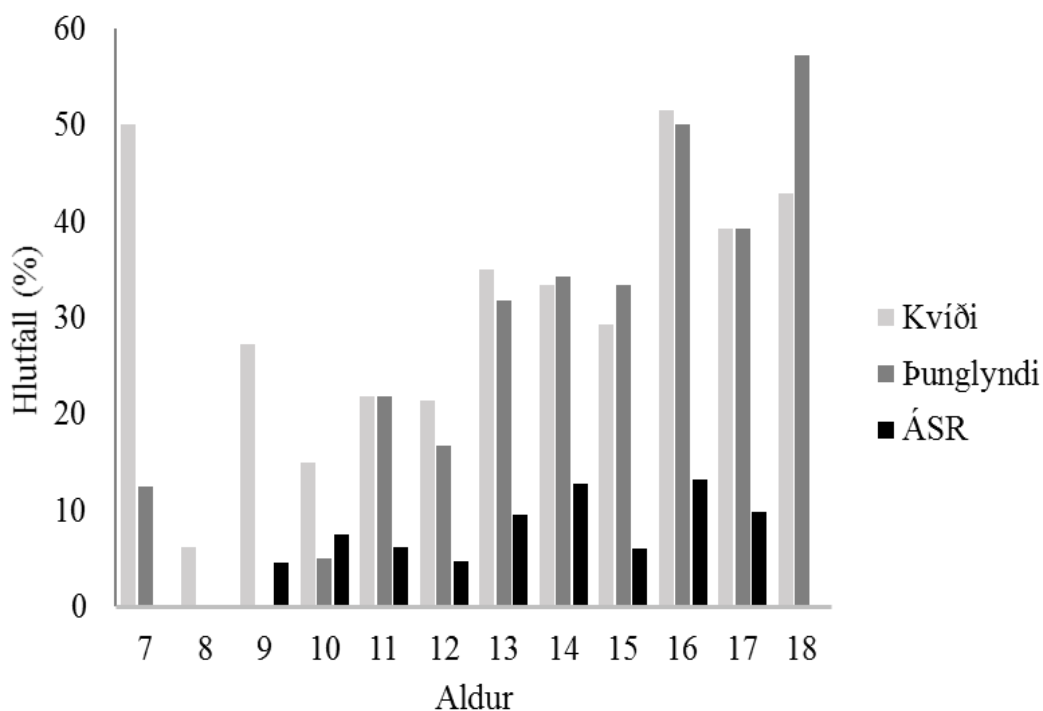


niður í fjórar, núll til fjórar vikur, einn til sex mánuðir, sjö til 12 mánuðir og eitt ár eða lengur. Flokkum í alvarleikastig var fækkað úr fimm í tvo, minna alvarlegt og meira alvarlegt.

Breyturnar aldur, kyn, alvarleikastig, tengsl við geranda, tíðni og tímalengd voru frumbreytur og kvíða-, þunglyndis- og áfallastreitugreiningar voru fylgibreytur. Allar fylgibreyturnar voru tvíkosta flokkabreytur sem tóku gildin 1 ef viðkomandi var yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslista viðkomandi geðröskunar eða 0 ef viðkomandi var undir klínískum mörkum. Þrjár aðfallsgreiningar hlutfalla voru framkvæmdar, ein fyrir hverja fylgibreytu. Í línulegri aðfallsgreiningu þar sem áhrif geðrasakna á fjölda meðferðarviðtala var athuguð var fjöldi viðtala fylgibreyta og greining á áfallastreituröskun, kvíða og þunglyndi voru frumbreytur.

### Niðurstöður

Af þeim 550 börnum sem fengu meðferð í Barnahúsi á árunum 2007 til 2013 náðu 8,3% (n = 47) greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar. Tæplega þriðjungur barnanna, eða 29,6% (n = 163), voru yfir klínískum mörkum kvíðaraskana miðað við niðurstöður sjálfsmatslita og 32% (n = 176) voru yfir klínískum mörkum þunglyndis. Á mynd 2 má sjá dreifingu á tíðni kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar eftir aldri.



Mynd 2. Tíðni kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar (ÁSR) eftir aldri.

Í töflu 1 má sjá dreifingu þunglyndis, kvíða og áfallastreituröskunar eftir kyni. Flestir voru undir klínískum mörkum við allar geðraskanir, eða 61% (n = 334). Algengast var að vera yfir klínískum mörkum kvíða og þunglyndis saman en 18% þáttakenda (n = 101) var í þeim flokk. Fáir voru yfir klínískum mörkum á öllum þremur röskunum, eða 6% (n = 29) og eingöngu stúlkur féllu í þann flokk. Kí-kvaðrat próf var gert til að meta hvort marktækur munur væri á milli kynjanna. Niðurstöður Kí-kvaðrat prófsins voru  $\chi^2(7) = 19,48, p = 0,01$ .

Tafla 1. Dreifing þunglyndis, kvíða og áfallastreituröskunar (ÁSR) eftir kyni

	Stúlkur – Fjöldi (%)	Drengir – Fjöldi (%)	Samtals – Fjöldi (%)
Engin greining	280 (59%)	54 (74%)	334 (61%)
Kvíði	29 (6%)	10 (14%)	39 (7%)
Þunglyndi	27 (6%)	2 (3%)	29 (5%)
Kvíði og þunglyndi	95 (20%)	6 (8%)	101 (18%)
ÁSR	7 (1%)	-	7 (1%)
ÁSR og kvíði	6 (1%)	1 (1%)	4 (1%)
ÁSR og þunglyndi	4 (1%)	-	4 (1%)
ÁSR, kvíði og þunglyndi	29 (6%)	-	29 (5%)

Upplýsingar um gerendur voru til staðar í 476 tilvikum. Meirihluti gerenda voru karlkyns, eða 97,5% (n = 465), og konur voru um 2,5% gerenda (n = 10), kyn gerenda var ekki vitað í tveimur tilvikum. Aldur gerenda var á bilinu átta ára<sup>1</sup> til 89 ára og 25% gerenda (n = 105) voru undir 18 ára aldri. Átta af tíu kvenkynsgerendum voru undir 18 ára aldri. Gerandi var kunnugur þolanda í 49% tilvika, náinn aðstandandi í 20% tilvika og ókunnugur í 17%

<sup>1</sup> Börn undir 12 ára aldri eru alla jafna ekki skráð sem gerendur í Barnahúsi. Um einstakt atvik var að ræða þar sem kynferðislegur leikur milli barna var mjög alvarlegur og er því í undantekningartilviki svo ungt barn skráð sem gerandi.

tilvika. Tengsl geranda við þolanda voru ekki þekkt í 13% tilvika. Dreifingu á tengslum við geranda eftir kyni má sjá í töflu 2.

Kí-kvaðrat próf var gert til að meta hvort marktækur munur væri á hver tengsl væru við geranda eftir kyni þolanda. Niðurstöður þess voru  $\chi^2(2) = 0,54$ ,  $p = 0,76$  og var því ekki marktækur munur.

Tafla 2. Tengsl við geranda eftir kyni.

	Stúlkur – Fjöldi (%)	Drengir – Fjöldi (%)	Samtals – Fjöldi (%)
Náin tengsl	99 (24%)	13 (20%)	112 (23%)
Kunnugur	234 (57%)	37 (58%)	271 (57%)
Ókunnugur	79 (19%)	14 (22%)	93 (20%)

Alvarleikastig brota var alvarlegt hjá 50% þátttakenda ( $n = 274$ ), það er brotið fól í sér innþrengingu, og hjá 32% þátttakenda ( $n = 176$ ) var brotið vægara, það er brot án innsetningar. Alvarleikastig var ekki skráð í gagnagrunn hjá 18% þátttakenda ( $n = 100$ ). Flestir þátttakendur lentu í einu broti, eða 43% ( $n = 235$ ), brotið var á 20% þátttakenda ( $n = 112$ ) tvisvar til tíu sinnum og brotið var oftast en tíu sinnum á 12% þátttakenda ( $n = 68$ ). Tíðni brota var ekki skráð hjá 25% þátttakenda ( $n = 135$ ). Tímalengd ofbeldis var oftast allt að fjórar vikur, eða í 49% tilvika ( $n = 271$ ). Brot varði í einn til sex mánuði í 7% tilvika ( $n = 39$ ) og í sjö til 12 mánuði í 2% tilvika ( $n = 13$ ). Ofbeldið varði í eitt ár eða lengur í 16% tilvika ( $n = 87$ ). Tímalengd brots var ekki skráð í 25% tilvika ( $n = 140$ ). Fjöldi meðferðarviðtala var frá einu viðtali til 46, meðalfjöldi meðferðarviðtala var 9,3 viðtöl ( $sf = 7,63$ ).

## Niðurstöður aðfallsgreiningar

### *Áfallastreituröskun*

Aðfallsgreining hlutfalla var framkvæmd til að athuga áhrif þeirra breyta sem taldar voru mögulegir áhættuþættir fyrir þróun áfallastreituröskunar. Fylgibreyta í líkaninu var greining á áfallastreituröskun og frumbreytur voru aldur, tengsl við geranda, alvarleikastig, tíðni og tímalengd. Niðurstöður úr þeirri aðfallsgreiningu má sjá í töflu 3.

Tafla 3. Hallatölur og hlutfallslíkur breyta í líkani fyrir áfallastreituröskun

Breytur í líkani	Hallatala (staðalvilla)	<i>p</i> -gildi	Hlutf.líkur (95% öryggisbil)
(Fasti)	-4,53 (1,43)	<b>&lt; 0,01</b>	
Aldur	0,15 (0,09)	0,11	1,16 (0,98; 1,41)
Tengsl (náin tengsl)	-0,25 (0,51)	0,63	0,77 (0,27; 2,05)
Tengsl (ókunnugur)	-0,02 (0,48)	0,97	0,98 (0,36; 2,45)
Alvarleikastig (vægt)	-0,87 (0,46)	<b>0,05</b>	0,42 (0,16; 0,97)
Tíðni (2-10 sinnum)	1,29 (0,52)	<b>0,01</b>	3,62 (1,24; 9,89)
Tíðni (oftar en 10 sinnum)	2,66 (0,91)	<b>&lt; 0,01</b>	14,35 (2,56; 97,17)
Tímalengd (1-6 mán)	-1, 87 (0,93)	<b>0,05</b>	0,15 (0,02; 0,81)
Tímalengd (7 -12 mán)	-0,95 (1,17)	0,42	0,39 (0,02; 2,84)
Tímalengd (1 ár +)	-1,41 (0,87)	0,10	0,24 (0,04; 1,22)

Hallatölur fyrir breyturnar alvarleikastig, tíðni og tímalengd höfðu marktæk áhrif á greiningu áfallastreituröskunar meðal þátttakenda miðað við 0,05. Meiri líkur voru á því að greinast með áfallastreituröskun ef brotið var alvarlegt frekar en vægt. Aukin tíðni brota jók einnig líkur á því að greinast með áfallastreituröskun. Börn sem urðu fyrir tíu eða fleiri brotum voru um 14 sinnum líklegri til að greinast með áfallastreituröskun en börn sem brotið var á einu sinni. Meiri líkur voru á að greinast með áfallastreituröskun ef ofbeldið stóð yfir í einn til sex mánuði, en ef ofbeldið stóð yfir í núll til fjórar vikur. Aðrar breytur í líkaninu höfðu ekki marktæk áhrif á áfallastreituröskun. Einnig var könnuð samvirkni milli aldurs og tímalengdar brots. Framkvæmd var aðfallsgreining hlutfalla með sömu breytum auk samvirkni aldurs og tímalengdar, ekki reyndist marktæk samvirkni milli þeirra breyta.

Niðurstöður Kí-kvaðratprófs fyrir líkanið eru  $\chi^2(9) = 18,58$ ,  $p = 0,03$ . Skýringarhlutfall líkansins með aðferð Homer og Lemeshow er  $R^2 = 0,08$ , með aðferð Cox og Snell er  $R^2 = 0,05$  og með aðferð Negelkerke er  $R^2 = 0,11$ . Frumbreyturnar skýra því um 5 til 11% af dreifingu fylgibreytunnar.

### **Kvíði**

Aðfallsgreining hlutfalla var einnig notuð til að kanna áhrif sömu breyta á greiningu á kvíða hjá börnum sem hlutu meðferð í Barnahúsi í kjölfar kynferðisofbeldis. Niðurstöður þeirrar aðfallsgreiningar má sjá í töflu 4.

Tafla 4. Hallatölur og hlutfallslíkur breyta í líkani fyrir kvíða

Breytur í líkani	Hallatala (staðalvilla)	<i>p</i> -gildi	Hlutf.líkur (95% öryggisbil)
(Fasti)	-3,64 (0,88)	< <b>0,01</b>	
Aldur	0,17 (0,06)	< <b>0,01</b>	1,19 (1,07; 1,33)
Kyn (stúlka)	0,57 (0,41)	0,17	1,76 (0,81; 4,13)
Tengsl (náin tengsl)	0,11 (0,32)	0,71	1,11 (0,59; 2,08)
Tengsl (ókunnugur)	-0,09 (0,29)	0,76	0,92 (0,51; 1,61)
Alvarleikastig (vægara)	-0,35 (0,25)	0,15	0,70 (0,42; 1,13)
Tíðni (2-10 sinnum)	0,72 (0,38)	0,06	2,05 (0,98; 4,31)
Tíðni (oftar en 10 sinnum)	2,10 (0,59)	< <b>0,01</b>	8,13 (2,60; 26,82)
Tímalengd (1-6 mán)	-0,68 (0,52)	0,19	0,51 (0,18; 1,39)
Tímalengd (7 -12 mán)	-0,52 (0,77)	0,50	0,59 (0,12; 2,62)
Tímalengd (1 ár +)	-1,20 (0,57)	<b>0,04</b>	0,30 (0,09; 0,90)

Hallatölur fyrir breyturnar aldur, tíðni og tímalengd eru marktækar við 0,05. Eldri börn voru líklegri til að greinast með kvíða í kjölfar kynferðisofbeldis en yngri börn. Fyrir hvert aukið aldursár jukust líkur á að greinast með kvíða um 19%. Ákveðin leitni var í sambandi milli tíðni brota og greiningu á kvíða. Þeir þolendur sem brotið var á oftar en tíu sinnum voru rúmlega átta sinnum líklegri til að greinast með kvíða en þeir sem brotið var á einu sinni. Ef brotið var barni tvisvar til tíu sinnum var það tvisvar sinnum líklegra til að greinast með kvíða en barn sem brotið var á einu sinni, en sá munur er ekki marktækur. Hafi barn verið beitt kynferðislegu ofbeldi í eitt ár eða lengur voru meiri líkur á því að það greinist með kvíðaröskun en barn sem er brotið á í núll til fjórar vikur.

Niðurstöður Kí-kvaðratprófs fyrir líkanið eru  $\chi^2(10) = 30,63$ ,  $p < 0,01$ . Skýringarhlutfall þess með aðferð Homer og Lemeshow er  $R^2 = 0,06$ , með aðferð Cox og

Snell er  $R^2 = 0,08$  og með aðferð Nagelkerke er  $R^2 = 0,11$ . Frumbreyturnar skýra því um 6 til 11% af dreifingu fylgibreytunnar.

### ***Punglyndi***

Áhrif mögulegra áhættuþátta á þunglyndi voru metin með aðfallsgreiningu hlutfalla þar sem greining á þunglyndi var fylgibreyta og breyturnar aldur, kyn, tengsl, alvarleikastig, tíðni og tímalengd voru frumbreytur. Niðurstöðurnar má sjá í töflu 5.

Tafla 5. Hallatölur og hlutfallslíkur breyta í líkani fyrir þunglyndi

Breytur í líkani	Hallatala (staðalvilla)	<i>p</i> -gildi	Hlutf.líkur (95% öryggisbil)
(Fasti)	-5,03 (0,97)	<b>&lt; 0,01</b>	
Aldur	0,25 (0,06)	<b>&lt; 0,01</b>	1,28 (1,14; 1,44)
Kyn (stúlka)	1,03 (0,48)	<b>0,03</b>	2,81 (1,17; 7,88)
Tengsl (náin tengsl)	0,29 (0,32)	0,37	1,34 (0,71; 2,52)
Tengsl (ókunnugur)	-0,12 (0,29)	0,67	0,88 (0,50; 1,56)
Alvarleikastig (vægara)	-0,20 (0,25)	0,43	0,82 (0,50; 1,33)
Tíðni (2-10 sinnum)	0,09 (0,39)	0,82	1,09 (0,50; 2,33)
Tíðni (oftar en 10 sinnum)	0,93 (0,60)	0,12	2,52 (0,78; 8,39)
Tímalengd (1-6 mán)	-0,28 (0,53)	0,60	0,75 (0,26; 2,14)
Tímalengd (7 -12 mán)	0,04 (0,78)	0,96	1,04 (0,21; 4,74)
Tímalengd (1 ár +)	-0,84 (0,59)	0,15	0,43 (0,13; 1,34)

Hallatölur fyrir breyturnar aldur og kyn eru marktækar við 0,05. Aldur hafði áhrif á greiningu á þunglyndi líkt og kvíða en með hverju hækkðu aldursári jukust líkur á því að greinast með kvíða í kjölfar kynferðisofbeldis um 28%. Kvenkyns þolendur höfðu einnig auknar líkur á því að greinast með þunglyndi. Stúlkur voru tæplega þrefalt líklegri til að greinast með þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis en drengir. Aðrar breytur höfðu ekki marktæk áhrif á þunglyndisgreiningu í kjölfar kynferðisofbeldis.

Niðurstöður Kí-kvaðratprófs fyrir líkanið eru  $\chi^2(10) = 35,09$ ,  $p < 0,01$ . Skýringarhlutfall þess með aðferð Homer og Lemeshow er  $R^2 = 0,07$ , með aðferð Cox og

Snell er  $R^2 = 0,09$  og með aðferð Nagelkerke er  $R^2 = 0,12$ . Frumbreyturnar skýra því um 7 til 12% af dreifingu fylgibreytunnar.

### **Áhrif geðraskana á fjölda meðferðarviðtala**

Til að kanna hvort að einkenni áfallastreituröskunar, kvíða eða þunglyndis yfir klínískum mörkum sjálfsmatslista hafi áhrif á hve mörg meðferðarviðtöl barn fékk hjá sérfræðingum Barnahúss var framkvæmd línuleg aðfallsgreining. Fylgibreytan í aðfallsgreiningunni var fjöldi meðferðarviðtala og frumbreytur voru greining á kvíða, þunglyndi eða áfallastreituröskun. Niðurstöður aðfallsgreiningar má sjá í töflu 6.

Tafla 6. Niðurstöður línulegrar aðfallsgreiningar áhrifa geðrasakana á fjölda meðferðarviðtala

Breyta	Hallatala (staðalfrávik)	<i>p</i> -gildi	Öryggisbil hallastuðla (95%)
(skurðpunktur)	6,96 (0,36)	< <b>0,01</b>	6,25; 7,67
Áfallastreituröskun (já)	7,21 (1,09)	< <b>0,01</b>	5,07; 9,34
Kvíði (já)	3,13 (0,84)	< <b>0,01</b>	1,48; 4,78
Þunglyndi (já)	2,43 (0,85)	< <b>0,01</b>	0,75; 4,10

Marktæk fjölgun var á meðferðarviðtölum ef barn var greint með kvíða, þunglyndi eða áfallastreituröskun. Þátttakendur sem náðu ekki greiningarskilmerkjum áfallastreitustreituroskunar, kvíða eða þunglyndi fengu að meðaltali 6,96 meðferðarviðtöl. Þátttakendur greindir með áfallastreituröskun fengu að meðaltali 7,21 meðferðarviðtöl við viðbótar. Þátttakendur greindir með kvíða fengu að meðaltali 3,13 viðtöl til viðbótar og þátttakendur greindir með þunglyndi fengu að meðaltali 2,43 viðtöl til viðbótar. Þátttakendur með áfallastreituröskun fengu því að meðaltali um 14 viðtöl, þátttakendur með kvíða fengu að meðaltali um tíu viðtöl og þátttakendur með þunglyndi um níu viðtöl.

Niðurstöður allsherjarprófs eru  $F(3, 546) = 50,02$ ,  $p < 0,01$ . Skýringarhlutfall líkansins er  $R^2 = 0,22$ , sem þýðir að frumbreyturnar skýra um 22% af dreifingu fylgibreytunnar.

## **Umræður**

Markmið rannsóknarinnar var að kanna einkenni áfallastreituröskunar, kvíða og þunglyndis meðal þjónustuþega Barnahúss á árunum 2007 til 2013 og mögulega áhættuþætti. Á árunum

2007 til 2013 voru 550 börn á aldrinum 7 til 18 ára sem fengu meðferð í Barnahúsi í kjölfar kynferðisofbeldis.

### **Áfallastreituröskun**

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að 8,3% þjónustuþega Barnahúss sem hlutu meðferð á ofangreindu tímabili náðu greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar í kjölfar kynferðisofbeldis. Tíðni áfallastreituröskunar reyndist lægri en búist var við. Í erlendum rannsóknum hefur tíðni áfallastreituröskunar meðal barna sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi verið á bilinu 30 til 35% (Ackerman o.fl., 1998; McLeer o.fl., 1998; Femularo o.fl., 1996). Mörg börn í úrtakinu voru með einkenni áfallastreitu án þess að uppfylla greiningarskilmerki áfallastreituröskunar.

Óvíst er hvað skýrir þessa lágu tíðni hérlandis. Mögulega gætu verið verndandi þættir líkt og sterk fjölskyldutengsl Íslendinga sem draga úr líkum á því að barn þrói með sér áfallastreituröskun. Einnig má velta því upp hvort tilvist Barnahúss gæti haft áhrif á lægri tíðni hérlandis, að fagfólk grípi mögulega nægilega snemma inn í eftir að barn segir frá sem gæti mögulega dregið úr áfallastreitueinkennum barns. Mögulega á þessi lága tíðni sér skýringu í eðli skráninga, það er að áfallastreituröskun hafi ekki alltaf verið skráð í lokaskýrslu á fullnægjandi hátt eða að ekki var notað greiningarviðtal til að greina áfallastreituröskun. Við gagnasöfnun úr lokaskýrslum var leitast eftir niðurstöðum UCLA-PTSD sjálfsmatslistans eða lýsing á greiningarskilmerkjum áfallastreitu-röskunar og metið hvort barn uppfyllti greiningarskilmerkin. Ekki er hægt að útiloka að fleiri þátttakendur hafi í raun náð greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar. Á árunum 2007 til 2013 var stuðst við DSM-IV til að greina áfallastreituröskun. Nokkrar breytingar voru við útgáfu DSM-5 og því má velta því upp hvort fleiri börn myndu ná greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar miðað við DSM-5 en DSM-IV. Aukin vitneskja um áfallastreitu og áfallameðferð hefur gert það að verkum að meiri áhersla er lögð á greiningu áfallastreituröskunar í dag en á þeim tíma sem rannsóknin nær yfir. Því væri áhugavert að kanna hvort tíðni áfallastreituröskunar sé hærri meðal þjónustuþega Barnahúss frá 2013 til dagsins í dag.

Tíðni brota, tímallengd þeirra og alvarleikastig virðist hafa áhrif á greiningu áfallastreituröskunar miðað við niðurstöður rannsóknarinnar. Börn sem urðu fyrir alvarlegra broti voru líklegri til þess að greinast með áfallastreituröskun. Börn sem brotið var á endurtekið voru líklegri til að greinast með áfallastreituröskun en börn brotið var á einu sinni.



Tímalengd brota hafði einnig áhrif á greiningu á áfallastreituröskun en börn sem brotið var á í einn til sex mánuði voru líklegri til að greinast með áfallastreituröskun en börn sem brotið var á í núll til fjórar vikur. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir sem hafa bent til þess að alvarlegri áföll og langvarandi, endurtekin eða þrálát brot auki líkurnar á að barn þrói með sér áfallastreituröskun (Cantón-Cortés og Cantón, 2012; Foy, Madvig, Pynoos og Camilleri, 1996; Pine og Cohen, 2002; Trickey o.fl., 2012). Það kom því á óvart að ofbeldi í einn til sex mánuði hafði áhrif en ekki ofbeldi sem varði lengur en í ár. Tengsl við geranda höfðu ekki áhrif á greiningu á áfallastreituröskun. Engin tengsl voru milli aldurs og greiningar á áfallastreituröskun. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að yngri börn virðast ólíklegri til að þróa með sér áfallastreituröskun í kjölfar einstaks atviks en líklegri í kjölfar langvarandi ástands (Cohen o.fl., 2006). Ekki fengust sömu niðurstöður í þessari rannsókn. Allar breytur sem taldar voru hafa áhrif á áfallastreituröskun í kjölfar áfalls miðað við erlendar rannsóknir voru hafðar með í líkaninu en skýringarhlutfall var lágt, eða um 5 til 11%. Það er því ljóst að fleira þarf til en þessar breytur til að útskýra áhættuþætti áfallastreituröskunar.

### **Kvíði og þunglyndi**

Tæplega þriðjungur barnanna, eða 29,6% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu kvíða og 32% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu þunglyndi. Lífstíðaralgengi þunglyndis er um 16% og því töluverð hærri tíðni þunglyndis meðal barna og unglunga sem orðið hafa fyrir kynferðislegu ofbeldi en í almennu þýði. Algengi kvíðaraskanna hjá börnum og unglungum sem orðið höfðu fyrir kynferðislegu ofbeldi var um 30% í erlendum rannsóknum (Ackerman o.fl., 1998; Pine og Cohen, 2002). Niðurstöður rannsóknarinnar eru því í samræmi við erlendar rannsóknir hvað varðar kvíða og þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis.

Stúlkur voru líklegri en drengir til að vera yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum sem mátu þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis og eldri börn voru einnig líklegri til að vera yfir klínískum mörkum kvíða eða þunglyndis en yngri börn. Þessar niðurstöður eru í samræmi við fyrri rannsóknir en kom á óvart að stúlkur voru ekki líklegri til að greinast með kvíða þar sem rannsóknir hafa sýnt að stúlkur eru almennt líklegri til að greinast með kvíða og þunglyndi en drengir (Kessler o.fl., 2012; Merikangas o.fl., 2010). Einnig er þekkt að tíðni kvíða og þunglyndis fari hækkandi með hækkandi aldri (Kessler o.fl., 2012; Merikangas o.fl., 2010). Engar aðrar breytur höfðu tengsl við þunglyndi eftir kynferðisofbeldi. Tímalengd brots

og tíðni þeirra höfðu áhrif á kvíða í kjölfar kynferðisofbeldis. Börn sem brotið var á oftast en tíu sinnum voru um átta sinnum líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á listum sem mátu kvíða en börn sem brotið var á einu sinni. Börn sem brotið var tvisvar til tíu sinnum virtust tvisvar sinnum líklegri til að vera yfir klínískum mörkum kvíða, en sú áhrif voru ekki marktæk. Börn sem urðu fyrir kynferðisbroti sem vörðu í eitt ár eða lengur voru líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á listum er mátu kvíða en börn sem urðu fyrir broti sem varði í núll til fjórar vikur. Skýringarhlutfall fyrir bæði líkönin voru lág, eða um 6 til 12%. Það þarf því fleira til að skýra kvíða og þunglyndi í kjölfar kynferðisofbeldis en þær breytur sem eru í líkaninu.

### **Fjöldi meðferðarviðtala**

Fjöldi meðferðarviðtala var á bilinu eitt viðtal til 46 og meðalfjöldi viðtala var um 9. Fjölgun var á meðferðarviðtölum ef barn var greint með kvíða, þunglyndi eða áfallastreitursökun. Þolendur sem náðu ekki greiningarskilmerkjum áfallastreitustreitursökunar, kvíða eða þunglyndi fengu að meðaltali um það bil sjö meðferðarviðtöl. Þátttakendur með áfallastreitursökun fengu að meðaltali um 14 viðtöl, þátttakendur með kvíða fengu að meðaltali um tíu viðtöl og þátttakendur með þunglyndi um níu viðtöl. Meðferðaraðilar í Barnahúsi virðast því vera að bregðast við alvarlegri einkennamynd með auknum fjölda meðferðarviðtala þegar þess þarf. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að börn með alvarlegri einkennamynd þurfa oft lengri meðferð og að lengri meðferð skili oftast hraðari og langvarandi bata fremur en styttri meðferðir (Finkelhor og Berliner, 1995; Trask, Walsh og DiLillo, 2011). Skýringarhlutfall líkansins er ágætt, eða um 22%, þó er ljóst að fleira þarf til að skýra dreifingu viðtalsfjölda.

### **Styrkleikar og veikleikar**

Styrkleikar rannsóknarinnar eru meðal annars að hún náði til töluverðs fjölda þátttakenda. Með því að skoða börn sem sótt hafa meðferð í Barnahúsi var hægt að skoða stóran hluta af þýði barna á Íslandi sem orðið hefur fyrir kynferðisofbeldi. Ólíklegt er að hægt sé að kanna svo stóran hluta af þýði barna sem orðið hafa fyrir kynferðisbroti annars staðar í heiminum. Annar styrkleiki rannsóknarinnar er að kvíði og þunglyndi voru mæld með sértækum mælitækjum sem hafa verið þýdd og stöðluð hérlendis. Samskonar rannsóknir hafa ekki verið gerðar hérlendis hingað til og því bætir rannsóknin þekkingu um afleiðingar kynferðisofbeldis og áhættuþætti meðal íslenskra barna.

Veikleikar rannsóknarinnar voru einnig nokkrir. Aðeins voru skoðuð mál sem búið var að loka í Barnahúsi. Það gæti þýtt að einhver alvarleg mál sem komu í Barnahús á árunum 2007 til 2013 séu enn í meðferð í Barnahúsi, sérstaklega á árunum 2012 og 2013. Það er ekki ólíklegt að þau börn sem enn sækja meðferð séu þá á einhvern hátt verr stödd en þau sem lokið höfðu meðferð. Því gætu verið börn með áfallastreituröskun sem fengu meðferð í Barnahúsi á þessum árum sem ekki voru í úrtaki rannsóknarinnar. Rannsóknin er afturskyggn og reiðir á nákvæma skráningu. Gögn rannsóknarinnar eru frá þverfaglegu teymi starfsfólks í Barnahúsi og getur verið misjafnt hvernig upplýsingar eru skráðar í lokaskýrslur. Nokkuð vantaði í skráningu á bakgrunnsbreytum í gagnagrunni í einhverjum tilfellum og mælitæki voru ekki alltaf þau sömu.

### **Samantekt**

Meginniðurstöður rannsóknarinnar voru að af 550 börnum á aldrinum sjö til 18 ára sem hlutu meðferð í Barnahúsi á árunum 2007 til 2013 náðu 8,3% greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar, 29,6% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu kvíða og 32% voru yfir klínískum mörkum á sjálfsmatskvörðum sem mátu þunglyndi. Börn sem lentu í alvarlegri brotum, lentu í brotum oftast en tíu sinnum eða broti sem stóð yfir í einn til sex mánuði voru líklegri til að greinast með áfallastreituröskun. Eldri börn og stúlkur voru líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á sjálfsmatslistum sem mátu einkenni kvíða og þunglyndis. Börn sem brotið var á tíu sinnum eða oftast og börn sem brotið var á í eitt ár eða lengur voru líklegri til að vera yfir klínískum mörkum á listum sem mátu kvíða. Meðalfjöldi meðferðarviðtala var um 9 viðtöl en viðtalsfjöldi hækkaði ef barn náði greiningarskilmerkjum áfallastreituröskunar eða var yfir klínískum mörkum á listum sem mátu kvíða eða þunglyndi.

Í ljósi þess hve lítið afleiðingar kynferðisofbeldis á börn hefur verið rannsakað héraðslendis væri áhugavert í framhaldi af þessari rannsókn að kanna meðferðarárangur í Barnahúsi. Mæla þyrfti þá markvisst í einhvern tíma kvíða, þunglyndi og áfallastreitueinkenni fyrir og eftir meðferð. Einnig væri áhugavert að kanna tíðni áfallastreituröskunar eftir 2013 og kanna hvort einhver fjölgun hafi orðið í greiningum á síðastliðnum árum eftir því sem greiningarferli hefur orðið markvissara í Barnahúsi.

### **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 disorders in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child abuse and neglect*, 22(8), 759 – 774.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. útgáfa). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Baldwin, J. S. og Dadds, M. R. (2007). Reliability and validity of parent and child versions of the multidimensional anxiety scale for children in community samples. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 46(1), 252 – 260.
- Barnaverndarstofa (2007). Grunniðurstöður rannsókna: Könnun á kynferðislegri misnotkun gegn börnum á Íslandi. Reykjavík: Barnaverndarstofa. Aðgengilegt hér: <http://www.bvs.is/media/rannsoknir-i-bv/Konnun-a-kynferdislegrimisnotkun-gegn-bornum-2007.pdf>
- Barnaverndarstofa (2014). Ársskýrsla 2012 – 2013. Reykjavík: Barnaverndarstofa.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. og Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469 – 483.
- Boney-McCoy, S. og Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child abuse & neglect*, 19(12), 1401 – 1421.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. (1991) Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*. 48(3):216-222.
- Browne, A. og Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66 – 77.
- Bryndís Björk Ásgeirsdóttir. (2011). Kynferðislegt ofbeldi gegn börnum sem áhættuþáttur tilfinninga- og hegðunarvandamála: Rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi. Í

- Svala Ísfield Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 269-295). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Cantón-Cortés, D. og Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child abuse and neglect*, 34(7), 496 – 506.
- Cary, C. E. og McMillen, J. C. (2012). The data behind dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and youth services review*, 34(4), 748 – 757.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N. o.fl. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo clinic proceedings*, 85(7), 618 – 629.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. og Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 43(4), 393 – 402.
- Cohen, J. A. og Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow up. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36(9), 1228 – 1235.
- Cohen, J. A. og Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children; initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17 – 26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. og Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guildford Press.
- Costello, E. J., Copeland, W. og Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(10), 1015 – 1025.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. og Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. Í Silverman, W. K. og Field, A. P. (ritstj.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2. útg., bls. 56 – 75). Cambridge: Cambridge University Press.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B. og Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and

- cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332 – 343.
- Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Slutske, W. S. o.fl. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin cohort study. *Psychological Medicine*, 30, 41 – 52.
- Dowd, H. og McGuire, B. E. (2011). Psychological treatment of PTSD in children: an evidence-based review. *The Irish journal of psychology*, 32(1-2), 25 – 39.
- 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.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: an update. *Professional Psychology: research and practice*. 21(5), 325 – 330.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 18(5), 409 – 417.
- Finkelhor, D. og Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 34(11), 1408 – 1423.
- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S. og Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolscents. *Journal of school psychology*, 34(2), 133 – 145.
- Franklin, L. C. og Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *Journal of nervous and mental disease*, 189(8), 548 – 551.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. og Angell, K. E. (1998). Development of Depression from preadolsence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 128 – 140.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. og Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an explanatory study. *Child abuse and neglect*, 31(2), 125 – 141.
- Honor, G. (2013). Posttraumatic stress disorder. *Journal of pediatric health care*, 27(3), 29 –

38.

- Hrefna Ólafsdóttir (2011). „Börn þvinguð til kynlífs“. Rannsókn á kynferðislegri misnotkun á börnum. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur* (bls. 235 – 265). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. o.fl. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 729-738.
- Jackson, S. L. (2004). A USA national survey of program services provided by child advocacy centers. *Child abuse and neglect*, 28, 411 – 421.
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A. og Simone, M. (2007). Do children's advocacy centers improve families experiences of child sexual abuse investigations? *Child abuse and neglect*, 31, 1069 – 1085.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L. og Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *The American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1305 – 1310.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. og Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164 – 180.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A. o.fl. (2012). Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 69, 381 – 289.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. og Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002 – 1014.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. o.fl. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity survey replication (NCS-R). *The journal of the American medical association*, 289(23), 3095 – 3105.
- Kilpatrick, D. G., Ruggerio, 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.
- Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. og Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 42(3), 405 – 413.
- Lai, B. S., La Greca, A. M., Auslander, B. A. og Short, M. B. (2013). Children's symptoms of posttraumatic stress disorder and depression after a natural disaster: comorbidity and risk factors. *Journal of affective disorders*, 146, 71-78.
- Lög um lögræðisaldur nr. 71/1997 sem tóku gildi 1. Janúar 1998. Sótt af vef Alþingis þann 7. janúar 2016, af <http://www.althingi.is/lagas/142/1997071.html>.
- Magnús Blöndahl Sighvatsson. (2002). *Stöðlun fjölþáttakvíðaprófs fyrir börn: Multidimensional anxiety scale for children*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P. og Conners, C. 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(4), 554 – 565.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T. og Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326 – 1333.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L. o.fl. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the national comorbidity study replication – adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 49, 980 – 989.
- Merry, S. N. og Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33(7), 939 – 944.
- Ólason, D. T., Sighvatsson, M. B., 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 (2011). Barnahús. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur* (bls 395-412). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. og Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The journal of psychology*, 135(1), 17 – 36.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. og Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331 – 342.
- Pine, D. S. og Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51(7), 519 – 531.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W og Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *The journal of nervous and mental disease*, 190(7), 453 – 456.
- Sitrenios, G. og Stein, S. (2004). Use of the Children's Depression Inventory. Í M. E. Markuish (ritstjóri), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, Instruments for children and adolescents*. (3. útgáfa, bls. 1 – 37). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, 26(7), 895 – 911.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L, Ross, C. A., Eldridge, G. o.fl. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 275 – 277.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B. og Pynoos, R. S. (2004). The university of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current psychiatry reports*, 6, 96 - 100.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. og Bakermans-Kranenburg, M. J.

- (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79 – 101.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y. og Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(4), 533 – 542.
- Trask, E. V., Walsh, K. og DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: a current meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 6 – 19.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L. og Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122 – 138.
- World Health Organization (1999). Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva; Switzerland. Sótt 7. Janúar 2016 af <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- Þorbjörg Sveinsdóttir. (2011). *Framburður barna í Barnahúsi og lyktir mála. Hvað hefur áhrif á birtingu ákæra ogsakfellinga í málum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðislegu ofbeldi. Óbirt mastersritgerð: Háskóli Íslands, Heilbrigðisvísindasvið.*