

Uønskede seksuelle erfaringer og helseplager blant ungdom

Sammendrag

Bakgrunn. Det er sterke indisier på at seksuelle overgrep fører til psykisk uhelse. Målet med studien var å undersøke omfanget av uønskede seksuelle erfaringer blant ungdom og i hvilken grad slike erfaringer var forbundet med psykiske og somatiske problemer.

Materiale og metode. Studien baserer seg på en spørreundersøkelse blant videregående skoleelever i Førde i 2001. Vi brukte lineær regresjonsanalyse for å undersøke sammenhenger mellom negative seksuelle erfaringer og psykiske og somatiske problemer.

Resultater. 837 elever deltok, noe som representerte 93 % av elevmassen. 7,5 % av jentene og 1,4 % av guttene oppga å ha opplevd et overgrep. Elevene med denne typen erfaringer rapporterte om tidligere seksuell debut og oftere alkoholrus ved debut enn elever uten negative erfaringer. De hadde i tillegg mer depressive plager, angstplager og somatiske plager enn dem som ikke hadde debutert seksuelt (betaværdier 0,15–0,18, $p < 0,001$ i de multivariabelte analysene). Sammenhengene var delvis medierte gjennom redusert foreldrestøtte og manglende selvtillit.

Fortolkning. Der er en sammenheng mellom rapporterte helseplager og tidligere seksuelle overgrep. Studien indikerer at slike overgrep kan forebygges gjennom senere og edruelig seksuell debut, og at helseskadene kan lettes gjennom å fremme foreldrestøtte og selvtillit.

> Se også side 1907

Torbjørn Dahle
torbjorn.dahle@student.uib.no

Hilde Aalvik Dalen
Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Forskningsgruppe for allmennmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Hans-Johan Breidablik
Helse Førde
Førde

Mange norske ungdommer har vært utsatt for seksuelle overgrep (1). Seksuelle overgrep kan føre til en rekke negative ettervirkninger i form av psykiske og somatiske problemer (2–5).

I en undersøkelse av norske skoleelever, hovedsakelig 17–19 år, fant man at i underkant av 10 % av jentene og rundt 8 % av guttene hadde opplevd samleie mot sin vilje (1). Ved nådde 19 år lå tallet på 17,5 % blant jentene og 10 % blant guttene. Gjennomsnittsalderen ved første seksuelle krenkelse eller overgrep lå på 14 år for jenter og 15 år for gutter. Kun et fåtall av ofrene rapporterte at overgrepet fant sted da de var yngre enn ti år. I en undersøkelse av norske 10.-klassinger fant man at blant dem som hadde drukket seg beruset mer enn ti ganger var andelen som var utsatt for seksuelle overgrep vesentlig høyere enn blant dem som aldri hadde drukket seg beruset (6). Det ble også funnet at elever med psykiske plager oftere enn andre hadde vært utsatt for seksuelle overgrep.

En overgrepserfaring kan føre til tvil eller tap av opplevelsen av trygghet, egenverdi, opplevelsen av å ha kontroll og styring med eget liv og egen kropp, av tillit til andre mennesker og opplevelsen av egen seksualitet (2). Seksuelle overgrep er assosiert med en rekke helseproblemer, deriblant smerte, angst, depresjon, svimmelhet, hjertebank, søvnløshet, trøtthet og energiløshet, forstoppelse og diaré (3, 4). En stor, retrospektiv kohortstudie viste at seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene var assosiert med alkoholproblemer, bruk av illegale narkotiske stoffer, selvmordsforsøk og ekteskaps- og familieproblemer i voksen alder hos både kvinner og menn (7). Assosiasjonen mellom overgrep og senere depresjon var kun signifikant for kvinner. I en studie fra Trondheim fant man et lineært forhold mellom alvorlighetsgraden av overgrepene og symptomskår samt antall dager sykefravær fra jobb i voksen alder (5).

Vi ønsket å undersøke omfanget av uønskede seksuelle erfaringer og ulike grader av overgrep blant ungdom i videregående skole. Dessuten ønsket vi å undersøke i hvilken grad slike erfaringer var forbundet med risikoatferd og psykiske og somatiske problemer. Til slutt ville vi undersøke om slike problemer var medierte og/eller modifisert av selvedvurderende tenkning og relasjonelle vansker.

Materiale og metode

Materialet er basert på en spørreundersøkelse blant elever i de videregående skoler i Førde, Sogn og Fjordane i 2001. Undersøkelsen besto av et spørreskjema med 81 flervalgsspørsmål som dekket et bredt spekter av forhold innen helse, miljø og livsstil. Spørreskjemaene ble utfylt i klasserommet med lærer til stede. Det ble gitt en kort orientering om anonymitet og at det var frivillig å delta.

Elevene ble fordelt i alderskategoriene 15–17 år, 18–20 år og over 20 år. De ble fordelt i ulike grupper etter hvorvidt de hadde debutert seksuelt og hvorvidt de hadde hatt ulike negative seksuelle opplevelser. Spørsmålene skilte ikke på om disse opplevelsene fant sted i barnealder eller i ungdomstid. Gruppevariabelen er basert på spørsmål om de hadde hatt seksuell omgang i form av samleie og om de hadde hatt seksuelle opplevelser der de henholdsvis følte seg overtalt og angret, følte seg presset, følte det som et overgrep eller oppga at det var et overgrep.

Dette resulterte i fem forskjellige «sexerfæringsgrupper». Den første gruppen hadde ikke debutert seksuelt og ble brukt som referanse. Gruppe 2 hadde debutert uten negative erfaringer. Gruppe 3 hadde følt seg overtalt til seksuelle opplevelser og angret etterpå. Gruppe 4 hadde følt seg presset. Gruppe 5 ble slått sammen av elever som oppga at de «følte det som et overgrep» og/eller oppga at «det var et overgrep». Elever

Hovedbudskap

- Seksuelle overgrep blant ungdom er forbundet med psykiske og somatiske plager
- Tidlig seksuell debut og beruselse ved debut er assosiert med overgrep
- Foreldrestøtte og selvtillit synes å beskytte mot negative helseeffekter

som krysset av for flere av de negative seksuelle erfaringene ble kategorisert til gruppen med størst alvorlighetsgrad. Ved denne inndelingen tillot studien undersøkelse av i hvilken grad seksuelle overgrep, mer moderate former for uønskede seksuelle opplevelser og seksuell debut uten negative erfaringer var assosiert med uhelse.

De fleste spørsmålene i tabell 1 er hentet fra Verdens helseorganisasjons HBSC-studier (Health Behaviour in School-aged Children Study), og spørsmålene er validert

i en kjernerreferanse av Currie og medarbeidere (8). Ulike spørsmål som beskrev diverse helseplager hos eleven, ble slått sammen til tre forskjellige samlevariabler kalt depressive plager, angstplager og somatiske plager. Spørsmålet «hva synes du stort sett om livet ditt for tiden?», hadde fire svaralternativer fra «jeg er lykkelig» til «jeg er ikke lykkelig i det hele tatt». De femleddede spørsmålene i kategoriene som beskrev helseplager, hadde svaralternativer fra «omtrent daglig» til «sjelden eller aldri». For de-

pressive, angst- og somatiske plager angir høy skår mye plager.

Vi valgte ut fem spørsmål som vi definerte som elevens oppfattede foreldrestøtte, fire spørsmål vi mente beskrev vennestøtte, samt to spørsmål vi definerte som elevens selvtillit. De treleddede spørsmålene i kategorien som beskrev depressive plager, hadde svaralternativer fra «aldri» til «det har skjedd flere ganger». De tre første spørsmålene i kategorien foreldrestøtte samt spørsmålene som omhandlet selvtillit hadde fem svaralternati-

Tabell 1 Oversikt over utfall og medierende variabler brukt i undersøkelsen, med antall valide svar, gjennomsnittlig skår og standardavvik (SD)

Variabler	Antall valide svar	Antall svaralternativer	Gjennomsnittlig skår (SD)	Minimum-Maksimum
Utfallsvariabler				
<i>Depressive plager</i>			1,84 (0,62)	1,00–4,00
Hva synes du stort sett om livet ditt for tiden?	837	4		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du følt deg nedfor?	829	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du vært irritabel eller i dårlig humør?	833	5		
Har du siste året hatt sammenhengende perioder på flere dager der du har vært u lykkelig/deprimert eller manglet livslyst?	834	3		
Har du i perioder tenkt på å gjøre slutt på livet ditt?	818	3		
<i>Angstplager</i>			1,73 (0,77)	1,00–5,00
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du vært nervøs?	827	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt vanskeligheter med å sovne?	833	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du opplevd diffus angst/angstanfall?	830	5		
<i>Somatiske plager</i>			1,80 (0,74)	1,00–4,40
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt hodepine?	834	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt vondt i magen (utenom mens.smerter)?	829	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt ryggsmertor?	831	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du vært svimmel?	834	5		
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt nakke-/skulderplager?	832	5		
Medierende variabler				
<i>Foreldrestøtte</i>			4,03 (0,73)	1,00–5,00
Hvis jeg har problemer på skolen, er mine foreldre klar til å hjelpe meg.	820	5		
Mine foreldre er villige til å gå på møter på skolen for å snakke med lærerne.	813	5		
Mine foreldre oppmuntrer meg til å gjøre det bra på skolen.	821	5		
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med far om ting som virkelig plager deg?	769	5		
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med mor om ting som virkelig plager deg?	810	5		
<i>Vennestøtte</i>			3,54 (0,60)	1,00–5,00
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med venner av samme kjønn om ting som virkelig plager deg?	822	5		
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med venner av motsatt kjønn om ting som virkelig plager deg?	810	5		
Hvor mange nære venner har du akkurat nå for tiden (det vil si venner du kjenner godt om som du føler du kan stole på)?	834	3		
<i>Selvtillit</i>			3,54 (0,70)	1,50–5,00
Føler du deg hjelpeløs?	835	5		
Er du sikker på deg selv?	835	5		

ver fra «alltid» til «aldri». De to siste spørsmålene i kategorien foreldrestøtte og de to første i kategorien vennestøtte hadde fem svaralternativer fra «veldig lett» til «ingen kontakt». Det siste spørsmålet i kategorien vennestøtte hadde alternativene «ingen», «en» og «to eller flere». For foreldrestøtte og vennestøtte betyr høy skår mye støtte, og for selvtillit er høy skår mye selvtillit.

Statistikk

Statistiske beregninger er utført med SPSS 15.0. Ved hjelp av krystabulering og khikvadrattest undersøkte vi i hvilken grad negative seksuelle erfaringer var assosiert med beruselse ved første samleie eller med debut med partner som var mer enn fire år eldre. Vi undersøkte gjennomsnittsalder for seksuell debut i de ulike gruppene ved hjelp av ANOVA med Bonferronis korreksjon. Vi analyserte data også ved hjelp av lineær regresjonsanalyse. Samlevariablene som ble brukt, var alle tilnærmet normalfordelte (-1,1–1,4). Betingelsene for lineær regresjonsanalyse var også tilfredsstillende ved at residualene var normalfordelte. Ved hjelp av bivariate regresjonsanalyser ble det testet om de ulike gradene av seksuelle erfaringer hadde sammenheng med psykiske plager i form av depressive, angst- og/eller somatiske plager. Ved hjelp av multivariable modeller, der foreldrestøtte, vennestøtte og selvtillit ble introdusert som kovariater, ønsket vi å undersøke om disse variablene kunne ha medierende effekter på den psykiske helsen hos elevene som hadde gjennomgått uønskede seksuelle erfaringer. I de multivariable analysene ble signifikante ledd i de bivariate

analysene samt kjønn, alder og sexerfaringsgruppe tatt med. Vi dikotomiserte alle de kontinuerlige prediktorvariablene i henhold til medianverdi og gjorde interaksjonsanalyser mellom variablene. P-verdi < 5 % ble brukt som signifikansgrense.

Etikk

Data var samlet inn og oppbevart på en måte som ikke tillot personidentifisering. Elevene ble nøye informert om at deltakelse var frivillig og at man kunne avstå fra å besvare spørsmål. Svarene ble levert anonymt i lukket konvolutt og sendt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for data-tilrettelegging.

Resultater

Tabell 1 viser samlevariablene med underspørsmålene som inngår. Antall valide svar på hvert spørsmål fremgår av tabellen, likeså gjennomsnittet samt maksimums- og minimumsverdi.

Til sammen 837 elever med tilnærmet kjønnslik fordeling fra fire videregående skoler deltok. Dette representerte 93 % av elevmassen. Frafallet antas å skyldes nesten utelukkende skolefravær den aktuelle dagen. 66 % av elevene var 15–17 år, 25 % 18–20 år og resten var over 20 år. 54 % gikk på allmennfaglig skole og resten på de yrkesfaglige skolene. 46 % av elevene oppga å komme fra landsbygda, 22 % fra tettsted og 33 % fra by eller bystruktur. 66 % bodde hjemme hos foreldre eller slektninger, 16 % alene på hybel og resten alene i leilighet eller hus, sammen med kjæreste/samboer/ektefelle eller annet.

Tabell 2 viser fordelingen mellom de ulike

gruppene med tanke på seksuelle erfaringer. Av elevene som oppga å ha blitt utsatt for overgrep, var 84 % jenter.

I tabell 3 er alder ved første samleie i de ulike gruppene med negative seksuelle erfaringer sammenliknet med dem som hadde debutert uten slike erfaringer. Vi ser at elevene som angret på seksuelle erfaringer, følte seg presset eller hadde opplevd overgrep i gjennomsnitt debuterte 1,5–1,8 år tidligere enn elevene som ikke hadde noen negative seksuelle erfaringer. Elevene som rapporterte ulike negative erfaringer, var oftere ruspåvirket under sin seksuelle debut enn elevene uten negative opplevelser. Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell i forekomst av negative erfaringer når vi sammenliknet elevene som hadde debutert med en partner som var over fire år eldre enn dem selv med elevene som hadde hatt en partner som var mer lik i alder eller yngre enn dem selv.

Tabell 4 viser at jentene i undersøkelsen har mer depressive, angst- og somatiske plager enn guttene. Kjønnforskjellene i angstplager medieres helt og fullt av de øvrige variablene i modellen, men det fremgår også at kjønnforskjellene delvis er forklart av de andre variablene når det gjelder depressive og somatiske plager. En slik medierende effekt ses ikke for alder. De bivariate analysene viser at økende alvorlighetsgrad av negative seksuelle opplevelser er assosiert med økende grad av uheld. Sammenhengene er statistisk signifikante i de multivariable modellene for elevene som har følt seg presset eller har opplevd overgrep for alle de tre kategoriene av plager. I tillegg har også de som har debutert uten negative erfaringer, mer somatiske og depressive plager enn elevene som ikke har debutert. Foreldrestøtte og selvtillit er assosiert med mindre plager, en sammenheng som også ses i den multivariable modellen. Vennestøtte er kun assosiert med mindre depressive plager og angstplager i de bivariate analysene. Tabellen viser at sammenhengen mellom uønsket seksuell erfaring og de ulike kategorier av plager er delvis mediert gjennom redusert foreldrestøtte og manglende selvtillit ved at regresjonskoeffisientene i de multivariable analysene avtar.

Vi fant ingen signifikante interaksjonseffekter, altså er sammenhengen mellom overgrep og depressive, angst- og somatiske plager ikke avhengig av kjønn eller nivå på foreldrestøtte, vennestøtte eller selvtillit.

Diskusjon

Undersøkelsen viser at elevene som har opplevd seksuelle overgrep har mer depressive, angst- og somatiske plager, mens foreldrestøtte og selvtillit er assosiert med mindre plager. Foreldrestøtte og selvtillit har en medierende effekt av negative erfaringer på psykisk og somatisk helse. Ettersom dette er en tverrsnittstudie kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforhold. Vi vet ikke om de seksuelle overgrepene fører til mer depressive, angst-

Tabell 2 Elevenes seksuelle erfaring og overgrepserfaring ut fra kjønn og alder (N = 837 elever). Alle tall i prosent

Seksuell erfaring	Kjønnfordeling			Aldersfordeling		
	Totalt	Jenter	Gutter	15–17 år	18–20 år	Over 20 år
Ikke debutert	46,2	41,7	50,7	58,0	27,5	11,5
Debutert uten negative erfaringer	39,6	36,6	42,8	30,6	53,6	66,7
Debutert og angret	4,7	6,1	3,1	4,9	4,3	3,8
Debutert og følt seg presset	5,0	8,0	1,9	3,4	7,7	9,0
Debutert og opplevd overgrep	4,5	7,5	1,4	3,1	6,8	9,0

Tabell 3 Elevenes seksuelle erfaring og overgrepserfaring ut fra debutalder, ruspåvirkning ved første samleie og aldersforskjell til første partner

Seksuell erfaring	Forskjell i alder ved første samleie ¹	Ruspåvirkning ved første samleie, N (%)	Første partner over fire år eldre, N (%)
Debutert uten negative erfaringer	Referanse	77/332 (23)	39/329 (12)
Debutert og angret	1,8	21/39 (54)	5/36 (14)
Debutert og følt seg presset	1,5	21/42 (50)	4/39 (10)
Debutert og opplevd overgrep	1,8	13/38 (34)	8/35 (23)
P-verdi ²	< 0,001 (alle grupper)	< 0,001	0,174

¹ Referansegruppens alder minus aktuell gruppes alder

² Aldersforskjell analysert med ANOVA, ruspåvirkning og forekomst av stor aldersforskjell med første partner analysert med krystabulering og khikvadrattest

Tabell 4 Bivariate og multivariate analyser, med psykiske og somatiske plager som avhengige variabler og seksuell erfaring og overgrepserfaring samt kjønn, alder og sosial støtte og selvtillit som prediktorvariabler. Standardiserte betaverdier

Uavhengig variabel	Depressive plager		Angstplager		Somatiske plager	
	Bivariat betaverdi (p-verdi)	Multivariat modell, betaverdi (p-verdi)	Bivariat betaverdi (p-verdi)	Multivariat modell, betaverdi (p-verdi)	Bivariat betaverdi (p-verdi)	Multivariat modell, betaverdi (p-verdi)
Kjønn (gutt: 1, jente: 2)	0,29 (< 0,001)	0,11 (< 0,001)	0,16 (< 0,001)	-0,01 (0,793)	0,27 (< 0,001)	0,29 (< 0,001)
Alder	-0,03 (0,397)	-0,11 (0,001)	-0,05 (0,119)	-0,11 (0,001)	-0,07 (0,033)	-0,03 (0,397)
Debutert uten negative erfaringer	0,05 (0,136)	0,10 (0,003)	0,01 (0,870)	0,05 (0,187)	0,07 (0,042)	0,05 (0,136)
Debutert og angret	0,04 (0,225)	0,03 (0,249)	-0,03 (0,422)	-0,03 (0,398)	0,10 (0,003)	0,04 (0,225)
Debutert og følt seg presset	0,18 (< 0,001)	0,13 (< 0,001)	0,11 (0,002)	0,08 (0,020)	0,17 (< 0,001)	0,18 (< 0,001)
Debutert og opplevd overgrep	0,22 (< 0,001)	0,15 (< 0,001)	0,21 (< 0,001)	0,16 (< 0,001)	0,21 (< 0,001)	0,22 (< 0,001)
Foreldrestøtte	-0,22 (< 0,001)	-0,13 (< 0,001)	-0,17 (< 0,001)	-0,09 (0,004)	-0,13 (< 0,001)	-0,22 (< 0,001)
Vennestøtte	-0,11 (0,001)	-0,05 (0,079)	-0,07 (0,032)	-0,00 (0,967)	0,04 (0,264)	-0,11 (0,001)
Selvtillit	-0,51 (< 0,001)	-0,42 (< 0,001)	-0,45 (< 0,001)	-0,42 (< 0,001)	-0,25 (< 0,001)	-0,51 (< 0,001)
Forklart varians (%)		32		25		16

og somatiske plager eller om personer med disse plagene er mer utsatt for overgrep enn sine jevnaldrende. Longitudinelle undersøkelser tyder på at årsakssammenhengens retning er fra overgrep til emosjonelle problemer (9). Det at økende alvorlighetsgrad av negative seksuelle opplevelser er assosiert med økende grad av uhelse, støtter også antakelsen om et slikt årsaksforhold.

Spørsmålene i undersøkelsen inneholdt ikke noen av ordene «foreldrestøtte», «vennestøtte» eller «selvtillit», men ut fra vår tolkning er det disse temaene spørsmålene fokuserer på. Vi antar at svarene på spørsmålene gir uttrykk for kvaliteten og fortroligheten i sosiale relasjoner og for graden av ungdoms selvtillit. Disse samlevariablene har i tidligere forskning vist tilfredsstillende konstruksjonsvaliditet (10). I målet for selvtillit inngår spørsmål som har vist seg valide i tidligere forskning (11).

Gruppestørrelsene for noen av sammenlikningene er små, og på grunn av type 2-feil trenger ikke reelle forskjeller å bli statistisk signifikante. Blant annet kan vi ha oversett en mulig interaksjonseffekt fordi antallet gutter utsatt for overgrep i undersøkelsen er lite.

Det finnes ingen rettlignende kausalitet mellom overgrep og psykiske plager. Utfallet avhenger blant annet av personens kognisjon og tolkninger av det som har hendt. Ifølge Lazarus' stressteori kan man ikke oppfatte konkrete traumatiske hendelser som eneste årsak til posttraumatisk stresslidelse (12). Vel så viktig er de *betydninger* som personen konstruerer rundt det som er skjedd og følelsene som knytter seg til hendelsen. Både personlighetstrekk hos dem som rammes, mestningsstrategier og sosial støtte har betydning for hvilke senvirkninger som oppstår etter en traumatiserende hendelse. Det skiller mellom virksomme og ikke-virksomme mestningsformer, blant annet er unngåelsesstrategier assosiert med psykiske problemer, mens tilnærmedesstrategier er relatert til bedring

(9). Behandling rettet mot å forbedre mestningsstrategier, sosial støtte, selvtillit og minke stigmatisering ser ut til å være særlig fordelaktig for tenåringer som er blitt seksuelt misbrukt (13).

Nyere forskning tyder også på at normale fysiologiske reaksjoner på stressende hendelser kan ved vedvarende belastning varig integreres i immunsystemet, det endokrine systemet og i sentralnervesystemet og senere påvirke personens helse i negativ retning (14, 15). I vår undersøkelse fant vi at foreldrestøtte var assosiert med mindre psykiske og somatiske plager etter uønskede seksuelle opplevelser. Dette kan støttes av forskning som skiller mellom tolerabelt og toksisk stress. Tolerabelt stress er en psykisk tilstand som potensielt kan skade hjernearkitekturen, men som motvirkes av støttende mellommenneskelige forhold som tilrettelegger for adaptiv mestring. Toksisk stress refererer til en kraftig, hyppig og/eller langvarig aktive- ring av kroppens stressresponsystemer i fravær av beskyttelse gjennom støtte fra en voksen (14). Vår undersøkelse peker også på at redusert selvtillit er sterkt assosiert med psykisk uhelse og har en viss medierende effekt på sammenhengen mellom traumer og psykiske og somatiske problemer.

En studie fra Folkehelseinstituttet viste at forekomsten av psykiske plager minsket når den sosiale kompetansen økte, og at utviklingen av gode sosiale ferdigheter blant annet hang sammen med god sosial støtte (16). En annen undersøkelse viste at oppfattet sosial støtte i større grad enn sosialt nettverk var invert forbundet med depressive plager, ergo var *kvaliteten* på den sosiale støtten viktigere enn størrelsen på nettverket (17). Det ser imidlertid ut til at ungdom som har opplevd seksuelle overgrep, opplever mindre sosial støtte enn både barn som har opplevd seksuelle overgrep (13) og ungdommer som har opplevd andre former for stressende hendelser (18).

Median debutalder for samleie i Norge falt fra 1992 til 2002 med et helt år for jenter, mens endringene for gutter var mindre (19). Forfatterne diskuterte om nedgangen i jenters debutalder kan være problematisk eller om det er et uttrykk for en åpnere holdning til seksualitet og en frigjøringsprosess. Uønskede seksuelle erfaringer var i vår studie tydelig assosiert med en tidligere seksuell debut. Vi anser det derfor, i likhet med Pedersen & Samuelsen (19), som tilsomt at lavere debutalder er et uttrykk for en frigjørende utvikling blant ungdom. Også assosiasjonen mellom rus og seksuelle overgrep er funnet i andre studier (6).

Hvis vi skal lykkes med større edruelighet og utsettelse av samleiedebut, vil det være viktig å styrke dialogen mellom foreldre og barn, mellom lærere og elever i skolen og mellom ledere og barn i det frivillige barne- og ungdomsarbeidet. Dialogene må handle om holdninger, grenser og hva man kan gjøre når venner eller et barn står i fare for eller er blitt utsatt for grenseoverskridelser (20). Voksne må våge å formidle sunne holdninger og forventninger, men samtidig være ivaretagende og støttende. Helsefremmende arbeid med rotfeste i såkalt «positiv psykologi» viser at det er mulig å påvirke ungdoms selvtillit og sosiale kompetanse (21).

Vi kan konkludere med at uønskede seksuelle erfaringer og spesielt opplevelsen av overgrep er assosiert med redusert psykisk og somatisk helse. Økende alvorlighetsgrad av negative seksuelle opplevelser er assosiert med økende grad av psykisk uhelse. Med forbehold i at dette er en tverrsnittsstudie, indikerer funnene at seksuelle overgrep kan forebygges gjennom senere og edruelig seksuell debut, og at helseskadene kan lettes gjennom å fremme foreldrestøtte og selvtillit.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

>>>

Litteratur

1. Mossige S, Ainsaar M, Svedin CG. The Baltic Sea regional study on adolescent's sexuality. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2007.
2. Dahl S. Voldtekt: undersøkelse og oppfølging, langtidseffekter. I: Medicinsk årbog. København: Munksgaard, 1998: 137–45.
3. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1668–73.
4. Olshen E, McVeigh KH, Wunsch-Hitzig RA et al. Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 539–45.
5. Bendixen M, Muus KM, Schei B. The impact of child sexual abuse—a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 837–47.
6. Schou L, Dyb G, Graff-Iversen S. Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Rapport 2007: 8. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
7. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005; 28: 430–8.
8. Currie C, Roberts C, Morgan A et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. København: WHO Regional Office for Europe, 2004.
9. Dahl S. Rape: a hazard to health. Oslo: Scandinavian University Press, 1993.
10. Hoel S, Eriksen BM, Breidablik H-J et al. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health* 2004; 32: 361–7.
11. Meland E, Rydning JH, Lobben S et al. Emotional, self-conceptual, and relational characteristics of bullies and the bullied. *Scand J Public Health* 2010; 38: 359–67.
12. Lazarus RS. Stress og følelser: en ny syntese. København: Akademisk forlag, 2006.
13. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999; 23: 115–28.
14. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301: 2252–9.
15. Kirkengen AL, Ulvestad E. Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3228–31.
16. Mathiesen KS, Kjeldsen A, Skipstein A et al. Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. Rapport 2007: 5. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
17. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981; 4: 381–406.
18. Bal S, Crombez G, Van Oost P et al. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1377–95.
19. Pedersen W, Samuelsen S. Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3006–9.
20. Henriksen Ø. Ikke som jeg gjør, men som jeg sier: Om rus, kommunikasjon og oppdragelse. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
21. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York, NY: Oxford University Press, 1993: 159–79.

Manuskriptet ble mottatt 29.7. 2009 og godkjent 1.7. 2010. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.