

Seksuelle overgrep mot ungdom i Norge

Kristin Broch



Det Medisinske Fakultet.

Veileder Grete A. Dyb

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

UNIVERSITETET I OSLO

Abstract

Purpose: To estimate the prevalence of sexual abuse and to explore the relationship between sexual abuse and self-reported psychological and somatic health problems as well as use of medications among Norwegian 10th-year students.

Methods: Data were collected between 2000-2002, and 11 159 adolescents aged 15-16 years participated in the Youth Health Surveys in three counties in Norway. The following item from the questionnaire measured exposure to sexual abuse: "Have you during the last 12 months experienced sexual abuse (e.g. flashing, fondling, forced intercourse etc.)?" Other health-related variables analyzed were general health, pain complaints, use of medications and mental distress.

Results: Sexual abuse during the last year was noted by 1,6% of the boys and 5,6% of the girls, in total 3,6%. Sexually abused subjects reported poor health in general, more pain, a higher use of medications and more mental distress compared to subjects with a negative history of abuse.

Conclusion: These findings suggest that a self-reported history of sexual abuse is associated with poorer health in general, increased pain complaints, a higher use of medications, and more mental distress. The results show that more knowledge about the possible consequences of sexual abuse is crucial in planning of prevention and clinical interventions in the field.

Seksuelle overgrep mot ungdom i Norge

INNLEDNING

En andel av norsk ungdom utsettes hvert år for seksuelle overgrep. For å kunne iverksette tiltak overfor de som utsettes for slike overgrep, er det viktig å vite noe både om omfanget og om hva disse overgrepene fører til for de som blir utsatt. Det er gjennom de siste årene gjort en rekke studier i forskjellige land som omhandler overgrep på barn og ungdom – både når det gjelder forekomst og hvilke plager slike overgrep er assosiert med. Dette er en følge av økt interesse rundt problematikken de siste 20 årene. I de fleste studier som er gjort angående seksuelle overgrep er det tatt utgangspunkt i denne definisjonen:

The sexual exploitation of children is the involvement of dependent, developmentally immature children and adolescents in activities that they do not fully comprehend, (to which they) are unable to give informed consent, and that violate the social taboos of family roles (Schechter & Roberge, 1976).

En publikasjon fra ACE-studien (Adverse Childhood Experiences), skrevet av Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda (2003), viser en forekomst av misbruk av barn/ungdom til og med 18 år på 25 % for kvinner og 16 % for menn. Leventhal (1990) sammenlignet studier fra forskjellige engelsktalende land og fant gjennomsnittsverdier på 21 % for kvinner og 6 % for menn. I de forskjellige studiene var det blitt brukt forskjellige metoder og design. Både aldersavgrensningen på det som ble klassifisert som barn og hva som ble definert som et seksuelt overgrep varierte. En annen, nyere studie av 17 år gamle skoleelever fra Sverige (Edgardh & Ormstad, 2000) tydeliggjør dette ved

at tallene falt fra 11 % til 3 % og fra 7 % til 2 % hos henholdsvis jenter og gutter når man snevret inn definisjonen og ekskluderte blotting.

Noen studier setter aldersgrensen for barn ved 18 år, mens andre har satt grensen lavere. Lavere aldersgrenser viser seg å gi lavere prevalenstall. Ungdom i alderen 16-18 år er mer utsatt for seksuelle overgrep enn yngre barn. De har mer sosial omgang med jevnaldrende samtidig som de løsriver seg fra familien. Omgangsformen endrer seg, og utprøving av rusmidler er vanlig. I tillegg kan ungdommer være usikre på hvor de skal sette grensen i forhold til seksuell omgang med jevnaldrende. Samlet sett kan disse faktorene føre til økt forekomst av overgrep i denne aldersgruppen.

Enkelte studier har som et kriterium at overgriper skal være minst 5 år eldre enn offeret. Med dette aldersforskjellskriteriet luker en ut rapporterte overgrep som skjer mellom jevnaldrende. Noen studier definerer at alle seksuelle relasjoner mellom en ungdom og en 5 år eldre person er overgrep. Slik er det i en studie fra Storbritannia (May-Chahal & Cawson, 2005) som rapporterer om en samlet prevalens av overgrep på 11 %. Ungdommene selv definerte ikke overgrep på samme måte. Forekomsten falt til 6% for seksuelle handlinger ungdommen selv oppfattet som seksuelle overgrep.

Undersøkelser av forekomsten av seksuelle overgrep blant barn og unge viser betydelig forskjell mellom gutter og jenter. Til det bør det nevnes at etter å ha gått gjennom 116 forskjellige studier, konkluderte Holmes & Slap (1998) med

at den oppgitte forekomsten av seksuelle overgrep på gutter antagelig er gjennomgående underrapportert.

Også i Norge har det vært gjort studier for å kartlegge forekomsten av seksuelle overgrep mot barn. I en undersøkelse blant studenter i Trondheim (Bendixen, Muus & Schei, 1994), fant man at 19 % av kvinnene og 4 % av mennene oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Med en annen og snevrere definisjon av seksuelle overgrep fant Tambs (1994) tall på 5 % for jenter og 1 % for gutter. I en nyere undersøkelse finner Stefansen & Mossige (2007) en prevalens på 22 % for jenter og 8 % for gutter.

I flere undersøkelser har man også sett på hva slags helseplager det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha sammenheng med. Særlig er det sett på assosiasjonen mellom overgrepsutsatthet og psykiske lidelser. I en studie om barn utsatt for seksuelle overgrep finner Walrath, Ybarra, Holden, Liao, Santiago & Leaf (2003) en assosiasjon mellom overgrepsutsatthet og økt risiko for depresjon og angst. Kilpatrick, Ruggiero, Aciero, Saunders, Resnick & Best (2003) presenterte samme år en undersøkelse der de konkluderte med en positiv sammenheng mellom seksuelle overgrep og depresjon samt PTSD og rusmisbruk. Både fysiske og psykiske følger av seksuelle overgrep skildres av Briere & Elliott (1994). I deres metaanalyse av retrospektive studier, blir nedsatt selvfølelse, økt forekomst av suicidale tanker og fysiske symptomer som hodepine, magesmerter, astma, urinveisinfeksjoner og kroniske bekkensmerter, alle satt i sammenheng med utsatthet for seksuelle overgrep. Boney-McCoy & Finkelhor (1996) fant en fire ganger økt risiko for depresjon for de som oppga å

ha vært utsatt for seksuelle overgrep. I sin metaanalyse finner Holmes & Slap (1998) klare assosiasjoner mellom seksuelle overgrep mot barn og psykiske sekveler, økt misbruk av rusmidler og problemer relatert til seksualliv. I en svensk studie finner Edgardh & Ormstad (2000) sammenheng mellom det å være utsatt for seksuelle overgrep og søvnproblemer og suicidalitet. Som en del av den tidligere nevnte ACE-studien, legger Edwards, Anda, Nordenberg, Felitti, Williamson & Wright (2001) frem tall som viser at de som har vært utsatt for overgrep i større grad er deprimerte, 57,2 % mot 25,1 % av de ikke-utsatte, og i større grad ser på sin egen helse som dårlig sammenlignet med de som ikke angir å ha vært utsatt, 27,8 % mot 18,5 %.

Tidligere norske undersøkelser har også vist assosiasjon mellom seksuelle overgrep og tegn på nedsatt helse som tilsvarende det som er nevnt over. Bendixen et al. (1994) så på seksuelle overgrep mot barn og fant en assosiasjon mellom overgrepsutsatthet og gynekologiske plager, hode-, mage- og muskelsmerter samt angst og suicidale tanker. Stefansen & Mossige (2007) fant i en rapport utarbeidet for NOVA at selvdestruktiv adferd, angst, depresjon og dissosiasjon var assosiert med det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. I sin rapport om Voldsutsatt ungdom i Norge skriver Schou, Dyb & Graff-Iversen (2007) om en sammenheng mellom selvrapporterte helseplager og utsatthet for seksuelle overgrep. Sammenhengen var tilsvarende for ungdommens psykiske helse; antallet som rapporterte å ha psykiske helseplager var større blant de som samtidig oppga å ha vært utsatte for seksuelle overgrep.

I denne studien undersøkes norske 10. klassinger i Oslo, Oppland og Hedmark. Forekomsten av seksuelle overgrep og helsemessige forhold ble kartlagt gjennom en omfattende ungdomsundersøkelse utført av Folkehelseinstituttet. Studien undersøker mulige sammenhenger mellom det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep siste år og visse helseplager. Hypotesen som ligger til grunn for studien er at ungdom som er utsatt for seksuelle overgrep også har mer helseplager enn annen ungdom. Mer spesifikt utforskes sammenhengen mellom utsatthet for seksuelle overgrep siste år og kroppslige smerter, bruk av medikamenter og psykiske plager.

METODE

Denne studien omfatter data fra ungdomsundersøkelsene i årene 2000-2002 fra fylkene Oslo, Oppland og Hedemark. Spørreskjemaer ble delt ut til alle 10. klassinger det året undersøkelsen ble gjort i deres fylke. Det var 11 159 ungdommer som deltok og svarprosenten var 88 %.

Ungdomsundersøkelsene ble gjennomført av daværende Folkehelse og Statens helseundersøkelser, nå Folkehelseinstituttet (Søgaard & Eie, 2004).

Ungdommene og deres foreldre fikk i forkant tilsendt en brosjyre hjem i posten, med informasjon om hvilke tema det skulle spørres om, frivillighet til å delta og hvordan resultatene fra undersøkelsen skulle brukes. Ungdommene avgjorde selv om de ville delta og fylte ut en samtykkeerklæring før de gjennomførte undersøkelsen.

Kontaktpersoner på skolene var undervisningsinspektør med ansvar for 10. klasse, sosiallærer eller helsesøster. I Oppland og Hedemark var det helsesøster som stod for selve utføringen av undersøkelsen, men i Oslo ansatte Statens helseundersøkelser studenter til å reise ut til skolene og utføre undersøkelsen. I forkant av undersøkelsen ble elevene veiledet etter fastsatte prosedyrer. De ble orientert om bakgrunnen for undersøkelsen, betydningen av den og hvordan svarene skulle brukes. Det var viktig å få informert om anonymitet og at personidentifisering ikke ville være mulig for forskerne. Det ble avsatt to sammenhengende skoletimer til undersøkelsen (Søgaard og Eie, 2004).

Spørsmålet om seksuelle overgrep var oppført i spørreundersøkelsen sammen med spørsmål om andre påkjenninger og livshendelser. Opplevde overgrep siste år ble kartlagt på følgende måte: Ungdommene kunne krysse av ja eller nei for om de “de siste 12 mnd har opplevd seksuelle overgrep (f.eks. blotting, beføling, ufrivillig samleie m.m...)”. Generell helse, smerteplager, psykisk helse og medikamentforbruk ble kartlagt gjennom en rekke spørsmål. For oppfattelse av egen helse, var spørsmålsformuleringen i undersøkelsen slik: ”Hvordan er helsen din nå?”. Det kunne krysses av for fire svaralternativer: Dårlig, ikke helt god, god og svært god. Smerte ble kartlagt gjennom spørsmålet ”Har du i løpet av de siste 12 mnd. flere ganger vært plaget av smerter i” hodet (hodepine, migrene e.l), nakke/skuldre, armer/ben/knær, mage og rygg. Ungdommenes medikamentforbruk ble undersøkt ved følgende spørsmål: ”Hvor ofte har du i løpet av de 4 siste ukene brukt følgende medisiner?: Smertestillende på resept, smertestillende uten resept, sovemedisin, beroligende medisin og medisin mot depresjon.” For hver av medikamenttypene kunne det

krysses av for disse svartalternativene: Aldri, daglig, hver uke, men ikke daglig, sjeldnere enn hver uke og ikke brukt siste 4 uker.

Sumskåre av HSCL-10, The Hopkins Symptom Checklist, (Winokur, Winokur, Rickels & Cox, 1984)) ble benyttet som uttrykk for grad av psykiske plager.

Sumskåren for de 10 HSCL-spørsmålene ble lagt til grunn for videre analyser.

Spørsmålene omhandlet i stor grad det affektive spekteret innenfor psykiske plager, og var svar på følgende hovedspørsmål: Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? De psykiske symptomene som ble listet opp var:

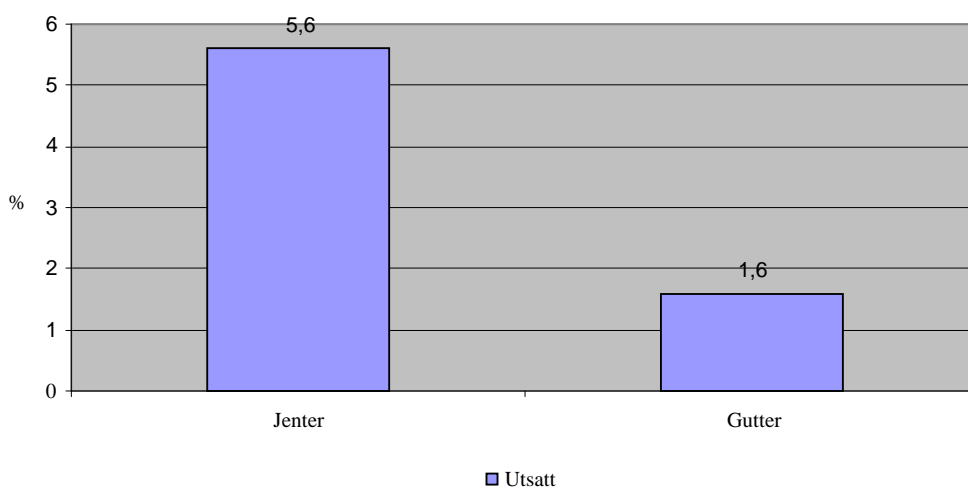
Plutselig frykt uten grunn, føler deg redd og engstelig, matthet eller svimmelhet, føler deg anspent eller oppjaget, lett for å klandre deg selv, søvnproblemer, nedtrykt, tungsindig (trist), følelse av å være unyttig, lite verd, følelse av at alt er et slit, følelse av håpløshet mht. framtida. For hver av de 10

underspørsmålene kunne det krysses av på følgende alternativer: Ikke plaget (=0), litt plaget (=1), ganske mye (=2), veldig mye (=3).

Forekomst av seksuelle overgrep fordelt på kjønn og fylker ble analysert ved hjelp av krysstabeller. Dette gjelder også sammenhengene mellom seksuelle overgrep og de ulike individuelle, helsemessige forholdene. Alle sammenhenger som refereres er statistisk signifikante på minst 5 %-nivå ($p < 0,05$). Det vil si at det er mindre enn fem prosents sjanse for at den observerte sammenhengen kunne ha oppstått ved en tilfeldighet. Student t-test ble anvendt for analyse av grad av psykiske symptomer (HSCL-10) i gruppen utsatte ungdommer kontra ikke-utsatte.

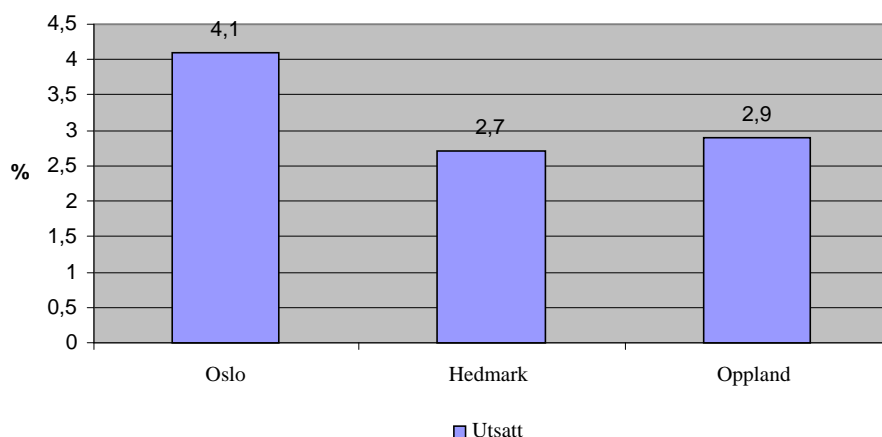
RESULTATER

Av de 11 159 ungdommene i studien, var 51,3 % gutter. I alt oppga 3,6 % av utvalget å ha vært utsatt for seksuelle overgrep siste 12 måneder. Jentene utgjorde den største andelen av disse da 5,6 % svarte ja på å ha vært utsatt for seksuelle overgrep mot bare 1,6 % blant guttene.



Figur 1 Prosentandel som oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep fordelt på kjønn (p<0,001)

Det viste seg også å være en forskjell mellom fylkene. I Oslo oppga 4,1 % å ha vært utsatt mens det i Hedmark/Oppland begrenset seg til henholdsvis 2,7 og 2,9 %.



Figur 2 Prosentandel utsatt for seksuelle overgrep siste år, fordelt på fylker (p<0,001)

Generell helse

Andelen som svarte at de så på sin egen helse som dårlig viste seg å ha sammenheng med det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Av de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep oppga 3,6% å ha dårlig helse, mens bare 0,7% av de som oppga at de ikke hadde vært utsatt svarte det samme. Når det gjaldt å beskrive sin egen helse som svært god, var det 19% av de som svarte ja på å ha vært utsatt for seksuelle overgrep som gjorde det mot 33,4% blant de andre ungdommene.

	Dårlig helse		Ikke helt god helse		God helse		Svært god helse	
	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt
	Alle	3,6	0,7	22,6	10,9	54,8	55	19
Jenter	1	0,6	23	13,5	59,9	58,7	16,2	27,3
Gutter	13,3	0,8	21,7	8,4	36,1	51,5	28,9	39,2

Tabell 1 Hvordan ungdommene oppfatter egen helse i prosent (Alle sammenhenger: p< 0,001)

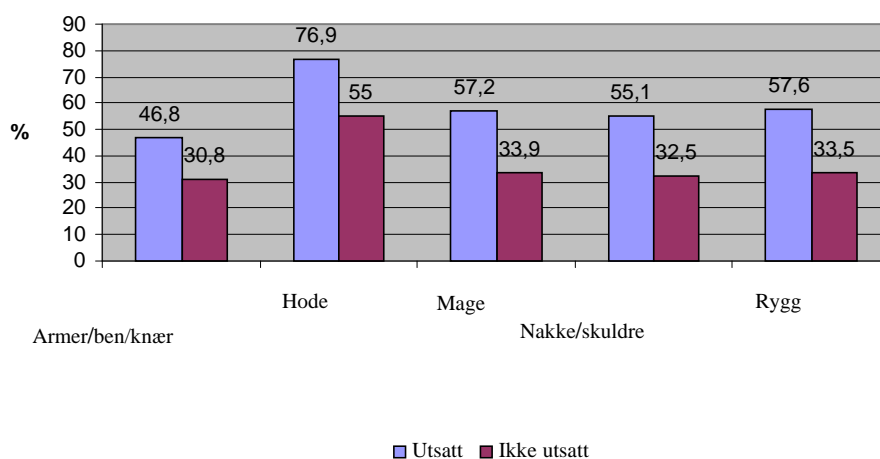
Smerte

Antallet av de som oppga å være plaget av smerter var gjennomgående høyere blant de overgrepsutsatte ungdommene enn blant de andre i undersøkelsen.

Dette gjaldt for samtlige typer smerte det var spørsmål om og for både jenter og gutter. De overgrepsutsatte guttene var mest plaget av smerter i armer/ben/knær og rygg, mens for jentene var det nakke/skuldre, mage og hode som ga mest plager. Ellers var mønsteret for hva slags smerter man hadde nokså likt for de overgrepsutsatte og de andre ungdommene.

	Armer/ben/knær		Hode		Mage		Nakke/skuldre		Rygg	
	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt	Utsatt	Ikke utsatt
Alle	46,8	30,8	76,9	55	57,2	33,9	55,1	32,5	57,6	33,5
Jenter	43,1	30,9	78,5	64,8	62,7	47,4	56,1	39,1	55	36,9
Gutter	60	30,6	72,8	46,5	38	20,9	50,6	26,1	67,5	30,3

Tabell 2 Prosentandel som oppga å være plaget av smerter i ulike kroppsdeler (For alle sammenhengene i tabellen var $p < 0,001$ med unntak av for jenter plaget av smerter i armer/ben/knær: $p < 0,002$ og gutter plaget av smerter i mage: $p < 0,009$).



Figur 3 Prosentandel som oppgir smertelager etter overgrepsutsatthet ($p < 0,001$)

Medikamentbruk

Jenter	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt Siste 4 uker	Aldri
Smertestillende u/resept					
Utsatt	4,7	19,1	40,1	9	27,1
Ikke utsatt	1,6	4,2	39,9	14,8	32,4
Smertestillende m/resept					
Utsatt	3,7	4,7	10,1	15,2	66,2
Ikke utsatt	1	1,6	5,7	13,7	77,9
Sovemedisin					
Utsatt	1,7	2,3	3,4	8,4	84,2
Ikke utsatt	0,1	0,4	0,9	5,9	92,6
Beroligende					
Utsatt	2,3	1	6	8,4	82,2
Ikke utsatt	0,2	0,3	0,9	6	92,6
Mot depresjon					
Utsatt	2	1,3	2,7	6	87,9
Ikke utsatt	0,3	0,1	0,2	5,5	93,9

Gutter	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt Siste 4 uker	Aldri
Smertestillende u/resept					
Utsatt	6,1	7,3	25,6	7,3	53,7
Ikke utsatt	1,1	3,7	20,5	14,9	59,8
Smertestillende m/resept					
Utsatt	3,7	8,6	11,1	8,6	67,9
Ikke utsatt	1,1	1,1	3,3	9,8	84,7
Sovemedisin					
Utsatt	4,9	2,4	3,7	4,9	84,1
Ikke utsatt	0,2	0,2	0,7	4,8	94,1
Beroligende					
Utsatt	4,8	3,6	6	3,6	81,9
Ikke utsatt	0,7	0,4	0,6	5	93,3
Mot depresjon					
Utsatt	2,5	4,9	3,7	4,9	84
Ikke utsatt	0,2	0,1	0,2	4,4	95,1

Tabell 3 Grad av medikamentbruk etter overgrep utsatthet (Alle sammenhenger: $p < 0,001$)

Det var store forskjeller når det gjaldt bruk av medikamenter mellom gruppen ungdommer som svarte ja på ha vært utsatt for seksuelle overgrep og de andre.

Bruken var gjennomgående betydelig større blant de overgrepsutsatte. Med unntak av for bruken av reseptfrie smertestillende medikamenter, lå guttenes forbruk av medikamenter over jentenes blant de som oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette i motsetning til blant resten av ungdommene, der forbruket var jevnere fordelt.

Psykisk helse

	Utsatt	Ikke utsatt
Jenter	20,1	15,7
SD	6,77	5,23

	Utsatt	Ikke utsatt
Gutter	17,6	13,1
SD	6,95	3,75

Tabell 4 Gjennomsnitt av sumskåre HSCL-10. Psykisk helse opp mot overgrepsutsatthet ($p < 0,001$).

Når det ble laget en sumskåre av spørsmålene som omhandlet psykisk helse og tegn på affektive lidelser som angst og depresjon, viste gjennomsnittet av sumskåren klare forskjeller mellom de to gruppene. De som oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep rapporterte i større grad om symptomer på angst og depresjon. Dette gjaldt for gutter så vel som jenter. Jentene hadde jevnt over høyere skårer enn guttene, men forskjellene mellom overgrepsutsatte og de andre var forholdsvis lik for gutter og jenter.

DISKUSJON

Denne undersøkelsen gir ny informasjon om seksuelle overgrep mot norske ungdommer i alderen 15 – 16 år og deres egne vurderinger av psykisk og somatisk helse.

Totalt svarte 5,6 % av jentene og 1,6 % av guttene at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Denne kjønnsforskjellen bekrefter det som er funnet i tidligere undersøkelser både i Norge og internasjonalt. Det er få studier som kartlegger hva ungdom på 15-16 år har vært utsatt for siste år, noe som gjør direkte sammenligninger mellom studier vanskelig. I de fleste tidligere undersøkelser er det spurt om forekomst i et livsløpsperspektiv, noe som vil gi høyere forekomst. I mange av de undersøkelsene som har vært gjort tidligere er det satt en aldersgrense på 18 år og mye tyder på at mange 16-18 åringer utsettes for overgrep fra jevnaldrende i denne alderen.

Generell helse

Det er mer enn fem ganger flere som beskriver sin egen helse som dårlig i den gruppen som samtidig oppgir å ha vært utsatt for seksuelle overgrep enn det er blant resten av ungdommene. Også når det gjelder å vurdere sin egen helse som god, er forskjellen betydelig og peker i den overgrepsutsatte ungdommens ugunstige retning. Den samlede vurderingen av egen helse, kan være en avspeiling av de andre målte parametrene i denne studien; de som har svart ja på å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, rapporterer også om et større medikamentforbruk, mer smerteopplevelse og dårligere psykisk helse.

Smerte

I hvor stor grad ungdommene opplevde smerte viste en sterk sammenheng med overgrepssatsatthet. Dette gjaldt for hodepine, magesmerter og andre muskel-skjelett-relaterte smerter. Tilsvarende er funnet i tidligere studier, også norske. Bendixen et al. (1994) fant en sammenheng mellom det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og økt forekomst av smerter i genitallområdet, hodepine, muskel/skjelettsmerter og magesmerter. I en annen studie fra Lampe et al. (2003) ble sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere kroniske smerter undersøkt. De fant at kroniske bekkensmerter var relatert til overgrepssatsatthet. Kroniske ryggmerter syntes det derimot ikke å være noen sammenheng med. Også Green, Flowe-Valencia, Rosenblum & Tait (2001) konkluderte med en assosiasjon mellom overgrep i barndommen og kroniske smerter. Tilsvarende funn ble rapportert fra en noe større studie av Fillingim, Wilkinson & Powell (1999).

Medikamentforbruk

Det var en klar assosiasjon mellom utsatthet for seksuelle overgrep og økt forbruk av medikamenter. Også den tidligere omtalte norske studien av Bendixen et al. (1994) viste lignende resultater. De fant at det blant de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, var et høyere forbruk av beroligende medikamenter og sovemedisin. I en amerikansk studie (Anda, Brown, Felitti, Bremner, Dube & Giles, 2007) som også omhandler medikamentforbruk, slås det fast at det brukes mer antidepressiva, anxiolytika, antipsykotika og litium-holdige stemningsstabiliserende medikamenter blant voksne som oppgir å ha opplevd traumatiske hendelser i barndommen.

Psykisk helse

Når en ser på gjennomsnittsverdien av sumskårene som er laget ut fra de spørsmålene som omhandler ungdommenes psykiske helse, ligger den for de overgrepsutsatte signifikant høyere enn for resten av ungdommene. Dette forteller oss at ungdommene som har vært utsatt for seksuelle overgrep har mer psykiske plager enn de ikke-utsatte ungdommene. De som har vært utsatt for seksuelle overgrep, synes å være mer engstelige, mer oppjaget og anspente, er mer tungsindige, føler seg mindre verdt og ser i større grad med håpløshet på fremtiden enn sine jevnaldrende i denne studien. De er dessuten i større grad plaget av søvnproblemer. Disse plagene er alle typiske kjennetegn på psykiske lidelser som depresjon og angst. Dette, samt et større forbruk av beroligende og medikamenter mot depresjon blant de som oppgir å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, viser at det er en assosiasjon mellom seksuelle overgrep og psykiske lidelser. Denne assosiasjonen er også funnet i mange tidligere studier gjort på området. Bendixen et al. (1994) fant at overgrepsutsatthet viste en klar relasjon til angst, depresjon, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser og suicidale tanker. Walrath et al. (2003) fant som en del av ACE-studien at det å bli utsatt for seksuelle overgrep som barn var forbundet med økt risiko for depresjon og angst. Kilpatrick et al. (2003) konkluderte samme år med at det var sammenheng mellom overgrepsutsatthet og psykiske lidelser som depresjon og PTSD. Boney-McCoy og Finkelhor (1996) har også sett på sammenhengen mellom seksuelle overgrep og psykisk helse og konkluderte i sin studie med at det å bli utsatt for seksuelle overgrep ga en fire ganger økt risiko for depresjon.

For den samme populasjonen som i vår studie, fant Haavet, Straand, Hjortdahl & Saugstad (2005) at ungdommene i Oslo som oppga å ha vært utsatt for

seksuelle overgrep, oppsøkte helsevesenet opptil fire ganger så ofte som sine jevnaldrende. I en helt ny studie, som også handler om assosiasjonen mellom overgrep og helse, beskriver Corso, Edwards, Fang, & Mercy (2008) en positiv sammenheng mellom det å bli mishandlet som barn og redusert livskvalitet som voksen. Psykiske lidelser som angst og depresjon, kardiovaskulære sykdommer, hypertensjon, diabetes, rusmisbruk og bruk av vold, var alle komponenter de som hadde blitt mishandlet som barn var preget av i sitt voksne liv.

Komponenter som bidro til å redusere deres helserelaterte livskvalitet og forventede antall leveår. I den store ACE-studien (Adverse Childhood Experience) som omfattet mer enn 17 000 ungdommer, fant Edwards et al.(2001) at personer som var blitt utsatt for seksuelle overgrep i større grad vurderte sin egen helse som dårlig enn de ikke-utsatte

Styrker ved studien er at den omfatter en stor gruppe norske ungdommer og at det ble oppnådd høy svarprosent. Dette gjør at studien i stor grad er representativ og at funnene som er beskrevet her er generaliserbare for denne ungdomspopulasjonen i Norge. Studien kartlegger ikke overgrepene alvorlighetsgrad eller antall ganger overgrep har funnet sted. Heller ikke gir studien noen oversikt over overgrep ungdommene kan ha blitt utsatt for før 10. klasse. Tidligere hendelser kan ha sammenheng med mange av problemene som ble kartlagt. Til tross for en tydelig sammenheng, kan studien ikke gi svar på om overgrepene er årsak til disse helseplagene. Er ungdom med nedsatt helse ut fra de målene vi her har sett på, mer utsatt for seksuelle overgrep, eller er den dårlige helsen - da sammenlignet med jevnaldrenes helse - et resultat av overgrepet? En kan tenke seg at barn med helseplager i mindre grad enn andre

har evne til å beskytte seg selv og at de på den måten blir lettere ofre for overgripere. I tråd med dette skriver Conte, Wolf & Smith (1986) at de som misbruker barn seksuelt, kan plukke ut hvilke barn som er sårbare for overgrep ut fra barnet/ungdommens personlige karakteristika. I en artikkel fra ACE-studien tar Dube et al. (2003) til en viss grad livet av denne høna-eller-egget-problematikken. Gjennom en retrospektiv studie av kohorter, konkluderer de med at det å bli utsatt for seksuelle overgrep sannsynligvis kommer forut for senere helseplager. Også Boney-McCoy & Finkelhor (1996) kommer frem til det samme i sin longitudinelle studie der de konkluderer med at utsatthet for overgrep er bidragsytende til senere helseplager. Bendixen et al. (1994) går også så langt som til å si at de mener det kan være en kausal årsakssammenheng mellom det å bli utsatt for seksuelle overgrep som barn og senere helseplager. Et av argumentene de legger til grunn for dette er at økende alvorlighetsgrad av overgrepet gir økt forekomst av senere psykosomatiske symptomer og plager. For å sette ordentlig lys på en mulig årsakssammenheng, publiserte Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers & Prescott (2000) en studie av tvillingpar der bare den ene av tvillingene hadde vært utsatt for overgrep. Dette ble gjort for å kunne kontrollere for eventuelle non-kausale assosiasjoner mellom overgrepsutsatthet og psykiske lidelser. De av tvillingene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep var signifikant mer utsatt for senere psykiske lidelser enn sine medtvillinger. Dette funnet gjorde at det også i denne studien ble konkludert med en kausal sammenheng mellom det å bli utsatt for seksuelle overgrep som barn og det å utvikle psykiske lidelser.

Den tydelige sammenhengen mellom seksuelle overgrep og ungdommenes helse er viktig kunnskap. I forebyggende helsearbeid er det viktig å sette fokus på informasjon til ungdom og foreldre. Mye kan vinnes på å forhindre nye overgrep. Helsepersonell vil i sitt arbeid møte mange unge med psykiske plager og en del av disse har opplevd seksuelle overgrep. Det er av vesentlig betydning at hendelsene kartlegges og betydningene av dem blir forstått. Til det trengs helsepersonell som kan forstå ungdommens opplevelser og hjelpe dem til å håndtere reaksjoner knyttet til hendelsene.

Referanseliste:

Anda, R., F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R. & Giles, W. H. (2007) Adverse Childhood Experiences and Prescribed Psychotropic Medications in Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2007;32 389-394

Bendixen, M., Muus, K. M. & Schei, B. (1994). The impact of Child Sexual Abuse – a Study of a Random sample of Norwegian Students. *Child Abuse & Neglect*, 18, 837-847

Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1996). Is Youth Victimization Related to Trauma Symptoms and Depression After Controlling for Prior Symptoms and Familial Relationships? A Longitudinal, Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1423

Briere, J. N. & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4, No. 2, 54-69

CDC, Centers for Disease Control and Prevention (Oppdatert 17.september, 2008) Lastet ned 18 september, 2008, fra <http://www.cdc.gov/nccdphp/ACE/prevalence.htm>

Conte, J. R., Wolf, S., & Smith (1986) What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse & Neglect*, 13, 293-301

- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. & Mercy, J.A. (2008). Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood. *American Journal of Public Health, 98*, 1094-1100
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine 37* (2003), 268-277
- Edgardh, K. & Ormstad K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica scandinavica; 89*(3), 310-319
- Edwards, V. J., Anda R. F., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., Williamson, D. F. & Wright, J. A. (2001). Bias assesment for child abuse survey: factors affecting probability of response to a survey about childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 25*, 307-312
- Fillingim, R. B., Wilkinson, C. S. & Powell, T. (1999). Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *The Clinical Journal of Pain, 15*, 85-91
- Green, C. R., Flowe-Valencia, H., Rosenblum, L., & Tait, A. R (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *The Clinical Journal of Pain, 17*, 359-64

Haavet, O. R., Straand, J., Hjortdahl, P. & Saugstad, O. D. (2005). Do negative life experiences predict the health-care-seeking of adolescents? A study of 10th-year students in Oslo, Norway. *Journal of Adolescent Health, 37*, 128-134

Holmes, W., C. & Slap, G., B. (1998) Sexual Abuse of Boys. Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management. *Journal of the American Medical Association, 280*, 1855-1862

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women. An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*, 953-959

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Aciero, R., Saunders, B. E., Resnick H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, No. 4*, 692-700

Leventhal, J. M. (1990). Epidemiology of child sexual abuse. In R.K.Oates (Ed.), *Understanding and managing child sexual abuse* (pp.18-41). Philadelphia, PA: W.B. Saunders/Baillière Tindall

Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Sölder, E., Krismer, M., Kantner-

Rumplmair, W. et al. (2003). Chronic pain syndromes and their reaction to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 361-7

May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005) Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse and neglect*, 29, 969-984

Schechter, M. D. & Roberge, L. (1976). Sexual exploitation. In R. E. Helfer & C. H. Kempe (Eds.), *Child abuse and neglect*, (pp127-142), Cambridge, MA: Ballinger

Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. *Rapport 2007:8*

Stefansen, K. & Mossige, S. (2007) NOVA Rapport 20/07

Søgaard, A., J & Eie, T. (2004). Protokoll for UNGHUBRO – notat fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. <http://www.fhi.no/dav/4CEA0F181.doc>

Tambs, K. (1994). *Noen resultater fra Folkehelse's undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Folkehelse

Walrath, C., Ybarra, M., Holden, E. W., Liao, Q., Santiago, R., & Leaf, P.

(2003) Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child abuse and neglect*, 29, 509-524

Winokur, A., Winokur, D., Rickels, K. & Cox, D. S. (1984) Symptoms of

emotional distress in family planning service: Stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399

