

**SEKSUAALITERVEYS, SEKSUAALIKOKEMUKSET
JA MIELENTERVEYS NUORUUSIÄSSÄ.
SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.**

Hanna Savioja
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Joulukuu 2013

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Nuorisopsykiatrian oppiala

HANNA SAVIOJA: SEKSUAALITERVEYS, SEKSUAALIKOKEMUKSET JA
MIELENTERVEYS NUORUUSIÄSSÄ. SYSTEMAATTINEN
KIRJALLISUUSKATSAUS.

Kirjallinen työ, 30 s.
Ohjaaja: professori Riittakerttu Kaltiala-Heino

Joulukuu 2013

Avainsanat: seksuaalinen riskikäyttäytyminen, mielenterveyden häiriöt, nuoruusikä

Vuorovaikutus seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden välillä on moninaista. Tavoitteena tälle tutkimukselle on selvittää yhteyksiä nuorten mielenterveyden ja seksuaalikokemusten välillä. Astuuko kuvaan ensin depressio vai seksuaalinen aktiivisuus? Vaikuttaako riskialttiuteen kotiolot tai kouluympäristö? Altistaako psyykkinen trauma seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle?

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus käy läpi 71 nuorten seksuaali- ja mielenterveyden yhdistävää tutkimusta vuosilta 2003–2012. Valitut artikkelit käsittelevät länsimaisia heteroseksuaaleja, ja pääpaino on 13-18-vuotiaissa nuorissa. Tutkimukset on kerätty systemaattisella hakustrategialla Medline- ja PsycINFO-tietokannoista.

Tutkimusten mukaan on selvää, että seksuaalinen riskikäyttäytyminen on yhteydessä mielenterveyden häiriöihin. Tällaisia riskitekijöitä ovat esimerkiksi varhainen seksuaalinen aktiivisuus ja keskimääräistä suurempi seksikumppaneiden lukumäärä. Erityisesti lapsuusaikainen seksuaalinen hyväksikäyttö kasvattaa riskiä sekä mielenterveyden häiriöille että riskiseksi nuoruusiässä. Työssä on koottu yhteen seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle ja mielenterveyden häiriöille altistavia tekijöitä; niiden tarkastelusta toivotaan hyötyä potentiaalisten ongelmanuorten varhaiseen tunnistamiseen ja hoidon piiriin ohjaamiseen.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	KÄSITTEITÄ	4
2.1	NUORUUSIKÄ.....	5
2.2	SEKSUAALISUUS.....	5
2.3	MIELENTERVEYS.....	6
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	6
3.1	HAKUSTRATEGIA.....	6
3.2	VALINTAKRITEERIT.....	7
4	SEKSUAALINEN KEHITYS NUORUUSIÄSSÄ	8
4.1	SEKSUAALISUUDEN PORTAAT.....	9
4.2	TILASTOTIETOJA.....	9
5	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA SEKSUAALISUUDEN RAJAPYYKIT	12
5.1	PUBERTEETTI.....	12
5.2	VARHAINEN SEKSUAALINEN AKTIIVISUUS.....	13
5.3	SEURUSTELUSUHTEET.....	14
6	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA RISKISEKSI	15
6.1	SESIKUMPPANEIDEN LUKUMÄÄRÄ.....	16
6.2	EHKÄISYN LAIMINLYÖNTI.....	17
6.3	SEKSI JA PÄIHTEET.....	17
7	SEKSUAALINEN KALTOINKOHTELU, AHDISTELU JA LÄHISUHDEVÄKIVALTA	18
7.1	SEKSUAALINEN KALTOINKOHTELU.....	18
7.2	SEKSUAALINEN AHDISTELU.....	19
7.3	LÄHISUHDEVÄKIVALTA.....	19
8	SEKSUAALISEN RISKIKÄYTTÄYTYMISEN JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN RISKITEKIJÄT	20
8.1	SEKSUAALISEN RISKIKÄYTTÄYTYMISEN RISKITEKIJÄT.....	20
8.2	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN RISKITEKIJÄT.....	20
8.3	MITÄ YHTEISTÄ – MITÄ EROA?.....	21
9	TULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	21
9.1	SEKSUAALISUUDEN RAJAPYYKIT.....	22
9.2	SEKSUAALINEN RISKIKÄYTTÄYTYMINEN.....	23
9.3	SEKSUAALINEN KALTOINKOHTELU, AHDISTELU JA LÄHISUHDEVÄKIVALTA.....	23
9.4	MAIDEN VÄLISET EROT.....	24
9.5	LOPUKSI.....	24
	LÄHTEET	24

1 JOHDANTO

Aikuisilla riittävää seksuaalielämää pidetään hyvinvoinnin merkinä: esimerkiksi masennusmittareissa voidaan kysyä halun menetyksestä. Tyydyttävä seksuaalielämä edellyttää sekä emotionaalista että fyysistä valmiutta. Intiimikokemuksiin ulottuva seksuaalielämä on aikuisilla positiivinen asia, kun taas lapsilla tilanne on täysin päinvastainen. Nuoruusikä, tähän väliin jäävä aika, onkin varsin merkityksellinen kehittyvän seksuaalisuuden kannalta. Nuorten tunne-elämän hallinta ei kuitenkaan usein riitä tasapainoiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen, vaikka fyysiset edellytykset nuorella jo olisivatkin.

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus käsittelee nuorten seksuaaliterveyden ja mielenterveyden yhdistäviä tutkimuksia. Katsauksen tavoitteena on esitellä ja arvioida tutkimustuloksia sekä tuoda esiin mahdollisia puutteita ja osoittaa uusia tutkimusaiheita. Tarkoitus on syventää tietämystä seksuaaliterveyden ja mielenterveyden ongelmien, seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaalisen hyväksikäytön yhteyksistä nuoruusiässä. Aiempaa tutkimusta aiheesta on melko vähän, ja varsinkaan suomalaisista nuorista ei julkaistua aineistoa juuri ole.

Tarvitaan ajantasaista ja systemaattista tietoa nuorten seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden yhteyksistä, jotta on mahdollista järjestää paremmin nuorten tarpeita vastaavia seksuaaliterveyspalveluita ja -neuvontaa sekä huolehtia mielenterveyspalveluita tarvitsevien nuorten erityistarpeista. Tutkimustiedon hajanaisuus hankaloittaa selkeiden toiminta- ja hoitolinjojen organisointia. Tästä katsauksesta saatavaa tietoa voivat hyödyntää ja soveltaa erityisesti nuorten kanssa työskentelevät.

Katsauksen alussa esitellään keskeiset käsitteet, systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutus, hakustrategia, valintakriteerit ja tilastotietoja. Sen jälkeen käsitellään systemaattisesti kerätyn aineiston tuloksia. Näkökulma aineiston esittelyyn on nuorten seksuaalikäyttäytymisessä, mutta sen suhde mielenterveyteen kulkee koko ajan rinnalla. Katsauksen lopussa tiivistetään keskeiset tulokset, pohditaan esiin nousseita kysymyksiä ja esitetään johtopäätökset.

2 KÄSITTEITÄ

Tässä luvussa määritellään keskeiset käsitteet ja esitellään katsauksessa käytettävää termistöä. Käsitteistä on esitelty WHO:n tai Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin määritelmä lukuun ottamatta seksuaalikäyttäytymistä ja seksuaalista riskikäyttäytymistä, joista ei ollut virallista määritelmää.

2.1 Nuoruusikä

Duodecimin konsensuslausuman¹ mukaan nuoruusiäksi katsotaan tavallisesti ikävuodet 13–22. Tässä katsauksessa nuoruusikä on jaettu tarkemmin kolmeen osaan: varhaisnuoruusikä käsittää 13–15-vuotiaat, keskinuoruusikä 16–18-vuotiaat ja myöhäisnuoruusikä 19–22-vuotiaat. Pääpaino on kuitenkin 13–18-vuotiailla nuorilla.

2.2 Seksuaalisuus

WHO:n määritelmän² mukaan: "**Seksuaalisuus** on olennainen osa jokaisen ihmisen persoonallisuutta. Tämä koskee niin miehiä, naisia kuin lapsiakin. Se on perustarve ja yksi ihmisyyden osa, jota ei voida erottaa muista elämän osa-alueista. Seksuaalisuus ei ole yhdynnän synonyymi. Se ei liity ihmiseen kykyyn saada orgasmeja, eikä se myöskään ole yhteenveto elämämme eroottisista piirteistä. Ne voivat kuulua seksuaalisuuteemme mutta eivät välttämättä ole osa sitä. Seksuaalisuus on paljon enemmän: se on mukana energiassa, joka saa meidät etsimään rakkautta, ihmissuhteita, lämpöä ja läheisyyttä; se ilmenee tavassamme tuntea ja herättää tunteita sekä koskettaa toisiamme. Seksuaalisuus vaikuttaa ajatuksiin, tunteisiin, tekoihin ja reaktioihin sekä sitä kautta henkiseen ja ruumiilliseen terveyteemme."

WHO:n määritelmän³ mukaan: "**Seksuaaliterveys** on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista."

Seksuaalikäyttäytyminen tarkoittaa seksuaalisuuden ilmentymistä käyttäytymisenä ja tekoina. Laajemmassa mittakaavassa tämä voidaan nähdä ihmisen tapana viestittää omaa seksuaalista suuntautumistaan ja kiinnostustaan. Suppeammassa kontekstissa taas seksuaalikäyttäytymisellä voidaan tarkoittaa konkreettisia eroottisia tekoja, kuten suutelemista, pettingiä ja yhdyntää.

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen tarkoittaa sellaista seksuaalista toimintaa, joka voi vahingoittaa itseä tai kumppania, esimerkiksi laiminlyödään ehkäisy vaikka raskautta ei tavoitella, harrastetaan seksiä päihtyneenä tai usein vaihtuvien kumppanien kanssa. Edellä mainitut seikat saattavat olla myös päällekkäisiä, sillä esimerkiksi alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena ehkäisy unohtuu

¹ <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1287864842/konsensuslausuma090210.pdf>

² WHO:n seksuaalisuusmääritelmä suomennettuna <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet>

³ WHO:n seksuaaliterveysmääritelmän pohjalta suomennettuna <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tilastot/>

todennäköisemmin. Tästä aiheutuvat ei-toivotut raskaudet tai sukupuolitaudit voivat vaikuttaa haitallisesti mielenterveyteen. Seksi rahaa vastaan on aina myös seksuaalista riskinottoa. Hyvin nuorten henkilöiden osallisuus seksuaaliseen toimintaan, joka on ikään ja kehitystasoon nähden poikkeuksellista, saattaa olla luonteeltaan nuoren seksuaalista riskikäyttäytymistä tai lapsen seksuaalista riistoa, tai molempia yhtäaikaa (esimerkiksi 13-vuotiaan päihteitä käyttävän ajelehtivää elämää viettävän nuoren yhdyntöjä sisältävä suhde 20-vuotiaan kumppanin kanssa).

2.3 Mielenterveys

WHO:n määritelmän⁴ mukaan: ”**Mielenterveys** on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle.”

Duodecimin Psykiatria-kirjan (2011) mukaan: ”**Mielenterveyden häiriö** voidaan määritellä yleisesti yksilön käyttäytymistä koskevaksi tai psykologiseksi oireyhtymäksi tai oirekokonaisuudeksi, joka heijastaa taustalla olevaa psykobiologista toiminnan häiriötä ja joka aiheuttaa kliinisesti merkitsevää kärsimystä tai toimintakyvyn haittaa.” (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, & Partonen, 2011). Tässä katsauksessa mielenterveyden häiriötä käsitellään lisäksi jaettuna internalisoiviin ja eksternalisoiviin häiriöihin. Internalisoivia eli sisäänpäin suuntautuvia oireita ovat muun muassa depressio, ahdistuneisuushäiriö ja syömishäiriöt. Eksternalisoivat oireet voidaan nähdä oman pahan olon kohdistamisena muihin ihmisiin. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi käytöshäiriöt, antisosiaalisuus ja aggressiivisuus.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa luodaan synteesi aiempien tutkimusten tuloksista valitusta aihepiiristä. Katsaus on täysin objektiivinen ja siksi hyvin käyttökelpoinen nopeasti lisääntyvän tiedon hallitsemiseen ja kartoittamiseen. Lähtökohtana systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle ovat tutkimuskysymyksen asettaminen sekä tietokantojen ja hakutermien valinta. Tähän katsaukseen otettavia artikkeleita on rajattu vielä erilaisten seulojen avulla. Valittujen, asetettujen ehtojen täyttävien artikkeleiden pohjalta on tehty kirjallinen synteesi tuloksista.

3.1 Hakustrategia

Tätä katsausta varten tehtiin systemaattiset kirjallisuushaut Medline- ja PsycINFO –tietokannoista. Haut tehtiin 7.12.2012. Hakustrategia oli kaksivaiheinen, ja perustui Medlinessa MeSH-termien käyttöön ja PsycINFO:ssa Thesaurus-termeihin. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin kaksi

⁴ WHO:n mielenterveystermien määrittely <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=29152>

ryhmää: 1) seksuaalisuuteen liittyvät hakusanat: ”sexual behavior”, ”coitus”, ”psychosexual development”, ”sexuality” ja ”sexual harassment”, ja 2) mielenterveyteen liittyvät hakusanat: ”mental disorders”, ”mental health”, ”depression”, ”eating disorders”, ”conduct disorder”, ”anxiety disorder” ja ”juvenile delinquency”. Tämän lisäksi Medlinessa käytettiin yhtenä seksuaalisuuteen liittyvänä hakusanana ”child abuse, sexual”. Tätä hakusanaa ei käytetty PsycINFO:ssa, koska se ei ollut Thesaurus-termi. Kummankin ryhmän hakusanat yhdistettiin ryhmien sisällä OR-kombinaattorilla. Seuraavassa vaiheessa ryhmät yhdistettiin toisiinsa AND-kombinaattorilla. Saatua hakutulosta rajattiin valitsemalla Medlinessa ikärajuukseksi ”All child” sekä PsycINFO:ssa ”Childhood” ja ”Adolescent”. Edellisten lisäksi tuloksia rajattiin ottamalla mukaan vain englanninkieliset artikkelit vuodesta 2003 alkaen.

3.2 Valintakriteerit

Hakutuloksia saatiin yhteensä 999 kappaletta. Medline-tietokannasta tuloksia tuli 840 ja PsycINFO:sta 159 kappaletta. Tuloksia karsittiin valittujen kriteerien perusteella käsin ja lopulta jäljelle jäi 70 artikkelia. Mukaan otettiin tutkimukset, jotka käsittelevät fyysisesti terveitä länsimaisia heteroseksuaaleja nuoria. Vaikka hakustrategiassa ikärajuukseen kuuluivat nuorten lisäksi lapset, käsiteltiin katsauksessa silti vain nuoria. Lasten mukaan ottaminen hakuun johtui tutkimusten aineistojen vaihtelevasta ikärakenteesta. Katsauksessa keskitytään 13–18-vuotiaisiin nuoriin. Alaikäraja ei ollut ehdoton, mutta aineiston pääpainon täytyi olla yli 13-vuotiaissa. Vastaavasti yläikärajaksi asetettiin 24 vuotta, koska monissa aineistossa oli nuoria 18 ikävuoden molemmin puolin.

Tuloksista mukaan otettiin ensisijaisesti nuorten seksuaaliterveyden, seksuaalikokemusten ja mielenterveyden yhdistävät tutkimukset. Lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä koskeneista tutkimuksista mukaan otettiin vain ne, jotka käsittelevät seksuaalikäyttäytymisen ja mielenterveyden interaktioita nuoruusiässä. Nuorisoriikollisuutta käsitelleitä tutkimuksia jätettiin pois, jos niissä ei käsitelty mielenterveyttä miltään muilta osin. Näiden tutkimusten pääpaino oli usein muualla kuin tämän katsauksen aihepiirissä.

Lisäksi otettiin mukaan Madkour ym. (2010) artikkeli, joka käsittelee nuorten ongelmakäyttäytymisen ja varhaisen seksuaalisen aktiivisuuden yhteyksiä, vaikka MeSH-termit eivät olleet edellä mainittujen joukossa.

4 SEKSUAALINEN KEHITYS NUORUUSIÄSSÄ

Ihmisen seksuaalisuus kehittyy kautta elämänkaaren ja on olennainen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa⁵. Eroottiset intiimikokemukset eivät kuitenkaan kuulu lasten ja varhaisnuorten normatiiviseen kehitykseen. Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö onkin kriminalisoitu lasten seksuaalisen kehityksen suojelemiseksi. Rikoslaisissa alle 16-vuotiaaseen kohdistuva seksuaalikontakti on määritelty laittomaksi. Kuitenkaan rangaistavana ei pidetä sellaista tekoa, joka ei loukkaa kohteen seksuaalista itsemääräämisoikeutta ja jonka osapuolten iässä sekä henkisessä ja ruumiillisessa kypsytydessä ei ole suurta eroa⁶. Nuoruusiässä ominaista on tutustua omaan seksuaalisuuteen ja vasta myöhemmin opitaan sen merkitys yhtenä elämän voimavarana. Seksuaalisen kehityksen ohella nuoruudessa tapahtuu merkittäviä muutoksia psyyken tasolla. Murrosiän eli puberteetin alettua myös psyykinen kasvu mahdollistuu, mutta tämä vie aikaa. Murrosiän kestäessä tavallisesti 2–5 vuotta vie psykologinen kehitys kaksinkertaisen ajan (Aalberg & Siimes, 2007).

Seksuaalinen kehitys etenee nuoruusiässä yksilöllisesti, mutta toisaalta on nähtävissä melko vakiintunut kehitystehtävien ketju. Murrosikä alkaa tavallisesti 10–14-vuotiaana hormonitoiminnan lisääntyessä ja pituuskasvun kiihtyessä. Sukupuoli hormonien erityks aivolisäkkeestä alkaa, mikä vaikuttaa primaaristen ja sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien ilmentymiseen. Tyttöillä hormonivaikutuksen esto heikkenee helpommin kuin pojilla, ja siksi puberteetti alkaa heillä keskimäärin pari vuotta aiemmin. Tyttöillä puberteettikehitys alkaa tavallisesti kymmenennen ikävuoden jälkeen ja suurin osa on saavuttanut fyysisen sukukypsyyden 16 ikävuoteen mennessä. Kuukautiset alkavat keskimäärin 13 vuoden iässä. Pojilla fyysinen kehitys alkaa usein vasta 13 ikävuoden jälkeen, ja voi jatkua vielä 16 ikävuoden jälkeinkin. (Aalberg & Siimes, 2007)

Seuraavassa on esitetty puberteetin ajoitukseen käytettyjä mittareita tämän katsauksen aineistossa. Tytöiltä kysyttiin tyypillisesti kuukautisten alkamisikää (menarche) (Copeland ym., 2010; Kaltiala-Heino, Kosunen, & Rimpelä, 2003; Kosunen, Kaltiala-Heino, Rimpelä, & Laippala, 2003; Ruuska, Kaltiala-Heino, Koivisto, & Rantanen, 2003). Pojilta saatettiin niin ikään kysyä ensimmäisen siemensyöksyn ajankohtaa (oigarche) (Kaltiala-Heino ym., 2003; Kosunen ym., 2003). Patton ym. (2007), Hershenberg & Davila (2010) ja Davila ym. (2009) käyttivät tutkimuksessaan Pubertal Development Scale (PDS) :a, jossa nuori arvioi omaa murrosikäkehitystään muutamalla numeroasteikolla. Goldstein, Malanchuk, Davis-Kean, & Eccles (2007) ja Michaud, Suris, & Deppen (2006) käyttivät tutkimuksessaan 5-portaista asteikkoa, jolla nuori arvioi omaa kehitystään suhteessa kavereihinsa. Puberteettiasetta voidaan mitata myös Tannerin luokkien mukaan (Copeland ym., 2010), siten että nuori valitsee Tannerin luokkien mukaisista kuvista omaa kehitystasoaan vastaavan: tytöillä arvioitavina ovat rintojen koko ja muoto (asteikolla M1-M5) sekä

⁵ <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

⁶ Rikoslaki 20.luku 6-7§ (20.5.2011/540); <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

häpykarvoituksen tyyppi ja levinneisyys (P1-6), pojilla vastaavasti genitaalit (G1-5) sekä häpykarvoitus (P1-6) (Tanner, 1962).

4.1 Seksuaalisuuden portaat

Lasten ja nuorten seksuaalisuuden normatiivisista kehitysvaiheista on julkaistu vain vähän kokonaisvaltaisia, emotionaaliset, biologiset ja sosiaaliset osa-alueet kattavia esityksiä. Yksi tällaisista on kuitenkin Suomen Väestöliiton lanseeraama Seksuaalisuuden portaat –kehityspolku⁷. Mallissa yhdistyy järjen, tunteen ja biologian tasolla tapahtuva kehitys. Ideana on, että seksuaalisuuden kehitys alkaa jo ennen syntymää.

Seksuaalisuuden portaita on yhdeksän, ja ne jakautuvat edelleen kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen porras kuuluu Uteliaisuusvaiheeseen, ja se on perustana luottamukselle; rakastutaan omiin vanhempiin tai lähipiiriin aikuisiin. Seitsemän seuraavaa porrasta ovat Herkistymisvaihetta. Niiden teemana on pikkuhiljaa etenevä ihastumisten ketju idolista omaan seurustelukumppaniin. Mitä ylemmäksi portailla kiivetään, sitä enemmän uskalletaan asiasta puhua kavereille tai lopulta itse ihastukselle, jolloin suhde voi syventyä seurusteluksi asti. Viimeinen porras kuuluu Rohkaistumisvaiheeseen, jossa kuvaan astuu rakastelu ja intiimikokemukset. Mikäli kehitysvaiheissa edetään liian nopeasti tai joidenkin portaiden yli hypätään kokonaan, voi seurata ongelmia: seksuaalista riskikäyttäytymistä, epätasapainoisia parisuhteita sekä seksuaaliterveyden heikentymistä⁸.

4.2 Tilastotietoja

Tähän lukuun on kerätty tilastotietoa suomalaisten, englantilaisten ja yhdysvaltalaisien nuorten seksuaalikäyttäytymisestä. Pääpaino on yhdynnän kokeneiden osuuksilla eri maissa, mutta tietoa on myös esimerkiksi ehkäisystä sekä ensisuudelman kokeneiden ja seurustelevien osuuksista.

Suomalaisten nuorten seksuaaliterveydestä ja –kokemuksista on aineistoa kouluterveyskyselystä vuosilta 1996-1999 (Kosunen, 2004) ja 2000-2011⁹. Kysely on vuoteen 2011 asti tehty parillisina vuosina Etelä-Suomessa, Itä-Suomessa ja Lapissa sekä parittomina vuosina muualla Manner-Suomessa ja Ahvenanmaalla. Siksi kyselyn tuloksissa kaksi peräkkäistä vuotta yhdistyvät muodostaen yhden tarkastelupisteen. Kyselyyn osallistuvat peruskoulun 8. ja 9. luokkalaiset (keskimäärin 14,8- ja 15,8-vuotiaita) sekä lukioiden ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat (keskimäärin 16,8- ja 17,8-vuotiaita). Ammattioppilaitoksissa on kuitenkin vasta vuodesta 2008 asti tehty kouluterveyskyselyä, joten siksi heitä ei käsitellä tässä yhteydessä.

⁷ http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/kasvu_ja_kehitys/seksuaalisuuden_portaat/

⁸ http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalinen_kehitys/

⁹ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/aiheittain/seksuaaliterveys

Suomi

Ensisuudelman kokeneiden osuudessa on tapahtunut vain hienoisia muutoksia: ensisuudelmakä pysyi vuodesta 1996 vuoteen 2000 suunnilleen samana, mutta 2000-luvun aikana se nousi vähän. Vuosina 2000/2001 peruskouluikäisistä pojista ensisuudelman oli kokenut 66% ja vuosina 2010/2011 enää 63%. Vastaavat luvut tytöillä olivat 71% ja 65%. Lukioikäisillä sama ilmiö oli havaittavissa: vuonna 2000/2001 pojista ensisuudelman oli kokenut 76% ja 2010/2011 72%, tytöistä vastaavasti 85% ja 79%. Trendi on koko 2000-luvun ollut alaspäin, mutta tytöillä lasku on ollut muutaman prosenttiyksikön voimakkaampaa.

Vakituisesti seurustelevien osuudesta tietoa on 2000-luvun taitteessa tehdyistä Kouluterveyskyselyistä. Osuudet olivat pysyneet lähes vakioina. 8. luokkalaisista tytöistä hieman vajaa viidennes seurusteli, 9. luokkalaisista neljäsosa ja lukion 2. luokkalaisista jo kaksi viidestä. Pojista seurusteli vastaavasti reilu 10% 8.luokkalaisista, vajaa viidennes 9. luokkalaisista ja vajaa neljäsosa lukion 2. luokkalaisista.

Kouluterveyskyselyssä on vuosina 2008-2011 kysytty alkoholin nauttimisesta ennen viimeisintä yhdyntää. Niin peruskoulu- kuin lukioikäisilläkin sekä tytöillä että pojilla humalassa olleiden osuus oli pienentynyt muutamalla prosenttiyksiköllä vuosista 2008/2009 vuosiin 2010/2011. Peruskouluikäisistä noin kolmannes ilmoitti olleensa ainakin jonkin verran humalassa edellisessä yhdynnässään. Lukioikäisistä vastaava osuus oli noin neljäsosa.

Yhdynnän kokeneiden osuudet olivat sekä tytöillä että pojilla niin peruskoulu- kuin lukioikäisillä kasvussa vuodesta 1996 vuoteen 2000 asti, mutta sen jälkeen osuudet ovat vaihdelleet tietystä välissä ilman selvää trendiä. Peruskouluikäisten poikien joukossa yhdynnän kokeneiden osuus on vaihdellut 20 ja 23 prosentin ja tytöillä 22 ja 27 prosentin välillä. Lukioikäisillä pojilla vaihteluväli on ollut 34-37% ja tytöillä 45-50%.

Kouluterveyskyselyssä on vuosina 2000-2011 kysytty viimeisimmässä yhdynnässä käytettyä ehkäisyä. Kondomia käyttäneiden osuus peruskouluikäisistä oli noin 60% ja lukioikäisistä 50%. E-pillereiden vastaavat osuudet olivat noin 15% ja 30%. Sekä peruskoulu- että lukioikäisillä molempia edellisten yhdistelmää käyttäneiden osuus oli hieman alle kymmenen prosenttia ja jotain muuta menetelmää käyttäneiden maksimissaan kahden prosentin luokkaa. Kokonaan ehkäisyä jätti käyttämättä peruskouluikäisistä hieman vajaa viidennes ja lukioikäisistä joka kymmenes. Peruskouluikäisistä tytöistä jälkiehkäisyä oli joskus käyttänyt vajaa kymmenesosa ja lukioikäisistä hieman alle viidennes.

Falah-Hassani, Kosunen, & Rimpelä (2006) tutkivat suomalaisten tyttöjen ehkäisypillereiden käyttöä vuosina 1981-2003. Pillereiden käyttö oli voimakkaassa nousussa koko 1980-luvun ajan, mutta sen jälkeen niiden käyttöaste vakiintui ollen 16-vuotiailla keskimäärin kahdenkymmenen

prosentin luokkaa ja 18-vuotiailla noin 40%. 14-vuotiaista ehkäisytabletteja käytti muutama prosentti.

Iso-Britannia

Iso-Britanniassa tehtiin vuosina 1999-2001 suuri, yli kymmentuhatta 16-44-vuotiasta englantilaista naista ja miestä käsittänyt väestötutkimus, National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Wellings ym., 2001). Kysymykset käsittelivät nuoruusiän seksuaalikäyttäytymistä eli käytännössä aineistoa on takautuvasti 1970-luvulta asti. Ikä ensimmäisessä yhdynnässä oli pysynyt kaikkina vuosina miesten kohdalla suunnilleen samana. Miehistä keskimäärin 27,4% oli ollut yhdynnässä 16 vuoden ikään mennessä ja mediaani-ikä ensimmäisessä yhdynnässä oli 17. Kymmenesosa oli kokenut yhdynnän jo 14 vuoden ja 90% 21 vuoden ikään mennessä. Naisilla oli hieman enemmän vaihtelua yhdynnän kokeneiden osuuksissa, mutta keskimäärin 20,4% oli kokenut ensiyhdyntänsä 16 ikävuoteen mennessä ja mediaani-ikä ensimmäiselle yhdynnälle oli 17 vuotta. 10% oli ollut yhdynnässä 15 vuoden ikään mennessä ja 90% 21 vuoden ikään mennessä.

Englantilaisten nuorten ehkäisytottumuksissa oli tapahtunut muutamia muutoksia vuosikymmenten aikana (Wellings ym., 2001). Kun 1970-luvulla kondomia käyttäneiden osuus oli noin 30% niin 1990-luvun lopulla se oli jo runsas 80%. Ehkäisytabletteiden käytössä ei ollut yhtä dramaattista muutosta: 1970-luvun lopulla tabletteja käytti joka neljäs, mutta 1990-luvun lopulla enää joka viides. Huomattava muutos oli sen sijaan tapahtunut ehkäisyn poisjätössä: 1970-luvulla joka kolmas ei käyttänyt mitään ehkäisyä, mutta 1990-luvun lopussa enää harvempi kuin joka kymmenes jätti ehkäisyn kokonaan hoitamatta.

Eurooppa

Eurooppalaisten nuorten mediaani-ikästä ensimmäisessä yhdynnässä 1930-1970-luvulla oli tietoa kirjassa *Reproductive health behaviour of young Europeans* (Bajos, Guillaume, & Kontula, 2003). Naisilla mediaani-ikä laski selvästi 1950-luvulle asti, ja sen jälkeenkin lasku jatkui trendin taittuaan kuitenkin loivemmaksi. 1930-luvulla naisilla ensimmäisessä yhdynnässä korkein mediaani-ikä, hieman yli 24 vuotta, oli portugalilaisilla, ja matalin islantilaisilla, vähän alle 19 vuotta. 1970-luvun alussa korkein mediaani-ikä oli edelleen portugalilaisilla ollen kuitenkin enää 19 vuotta, ja matalin islantilaisilla, hieman yli 16 vuotta. Miehillä ei samanlaisia muutoksia ollut havaittavissa. 1940-luvun jälkeen mediaani-ikä oli kaikkialla pysynyt kuudentoista ja yhdeksäntoista välissä. Pieni trendi iän madaltumisessa kuitenkin oli, koska 1970-luvun alussa vain muutamassa maassa mediaani-ikä oli enää hieman yli 18.

Yhdysvallat

Yhdysvalloissa vuoden 2011 Youth Risk Behavior Surveillance ("Morbidity and Mortality Weekly Report Youth Risk Behavior Surveillance - United States 2011," 2012) mukaan nuorista reilu

neljäkymmentä prosenttia oli ollut yhdynnässä 16 vuoden ikään mennessä. Smiler, Frankel, & Savin-Williams (2011) tutkivat yhdysvaltalaisen nuorten miesten seksuaalikäyttäytymistä: ensisuudelma koettiin keskimäärin 14-vuotiaana, ensimmäinen ”vakava” parisuhde 16-vuotiaana.

Yhdysvaltalaisen nuorten ehkäisyttötumukset olivat melko samanlaisia kuin suomalaisilla nuorilla. Yhdysvaltalaisista nuorista edellisessä yhdynnässään noin 60% käytti kondomia ehkäisyä. Ehkäisytabletteja käyttäneiden osuus kasvoi iän myötä. 15-vuotiaista tytöistä hieman vajaa kymmenes käytti ehkäisyä e-pillereitä, kun taas 18-vuotiaista jo 30%. Muita ehkäisyntoimintoja käyttäneiden osuus oli noin viisi prosenttia. (”Morbidity and Mortality Weekly Report Youth Risk Behavior Surveillance - United States 2011,” 2012)

5 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA SEKSUAALISUUDEN RAJAPYYKIT

Seksuaalisuuden rajapyykkeinä on tässä katsauksessa käsitelty puberteettia, seksuaalisen kanssakäymisen aloittamista ja seurustelua. Sukukypsyyden saavuttaminen on merkittävä rajapyykki nuoren kehityksessä. Nuoruusiän kehitystehtäviä seksuaalisen kypsymisen ohella ovat oman minän hyväksyminen ja kyky tasapainoisiin vuorovaikutussuhteisiin. Onnistunut kehitys on edellytys vastavuoroisille seurustelusuhteille, joista molemmat osapuolet saavat iloa ja tyydytystä. Seurustelua kuitenkin vasta harjoitellaan ja sen vakavuus on yleensä eri tasolla kuin aikuisilla. Vaikka seurustelusuhteet olisivatkin vain lyhyitä, ne ovat tärkeä osa nuorten elämää: niiden kautta opitaan luottamuksesta, välittämisestä ja pettymyksen tunteista. Nuoren psyyke on erityisen haavoittuvainen, ja siksi olisikin tärkeää, että nuori saa ensimmäiset intiimikokemuksensa luotettavan ja turvallisen kumppanin kanssa täysin vapaasta tahdostaan ja omasta halustaan.

5.1 Puberteetti

Tarkastellussa aineistossa puberteettia käsitelleet tutkimukset käsittivät tuhansia ihmisiä lukuun ottamatta Ruuska ym. (2003) tutkimusta, jossa osanottajia oli vain hieman yli viisikymmentä. Copeland ym. (2010) tutkimus oli ainoa pitkittäistutkimus.

Tytöillä varhaista puberteettia pidetään riskitekijänä mielenterveyden häiriöille (Copeland ym., 2010; Kaltiala-Heino ym., 2003; Michaud ym., 2006; Ruuska ym., 2003), kun taas pojilla eniten mielenterveysongelmia esiintyi sekä aikaisin että myöhään kypsyneillä (Kaltiala-Heino ym., 2003; Michaud ym., 2006). Tyttöillä varhainen kypsyminen on yhteydessä myös rikollisuuteen (Copeland ym., 2010), päihdeongelmiin (Copeland ym., 2010) ja tyytymättömyyteen omasta kehonkuvasta (Michaud ym., 2006). Toisaalta Hallfors, Waller, Bauer, Ford, & Halpern (2005) totesivat, että päihteiden käytöllä oli merkitsevä yhteys depression puberteettistatuksesta tai –ajankohdasta riippumatta.

Myöhäinen puberteetti jää usein taka-alalle puberteettia koskevissa tutkimuksissa. Patton ym. (2007) totesivat kuitenkin myöhäisen puberteetin olevan erityisesti tytöillä selvässä yhteydessä itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen, kuten viiltelyyn tai lääkkeiden väärinkäyttöön. Myöhäisen kypsytymisen ja itsensä vahingoittamisen yhteyttä selittivät pitkälti masennusoireet, alkoholin käyttö sekä seksuaalinen aktiivisuus.

Aikainen puberteetti on tytöillä liitetty aktiivisempaan seksuaalikäyttäytymiseen (Copeland ym., 2010; Michaud ym., 2006) ja kohonneeseen seksuaalikumppaneiden lukumäärään (Copeland ym., 2010). Varhain kehittyvien nuorten on myös todettu olevan muita suuremmassa vaarassa seksuaaliselle ahdistelulle (Goldstein ym., 2007).

5.2 Varhainen seksuaalinen aktiivisuus

Raja normatiivisen ja riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen välillä on hyvin häilyvä nuoruusiässä. Yksilöllinen vaihtelu on kuitenkin erityisen suurta. Joillakin yhdyntöjä saattaa olla jo 13-vuotiaana, kun taas joillain niitä ei ole vielä 20-vuotiaana. Tässä kappaleessa keskitytään varhaisnuorten seksuaaliseen aktiivisuuteen. Varhaista seksuaalista aktiivisuutta käsiteltiin tasaisesti sekä pitkittäis- että poikittaistutkimuksissa. Otokoot olivat kohtalaisen suuria, tyypillisesti yli tuhannen, ja joissakin tutkimuksissa yli kymmentuhannen. Pienimmissä tutkimuksissa oli noin sata osanottajaa.

Seksuaalinen aktiivisuus nuoruusiässä ylipäättään on yhdistetty mielenterveyden häiriöihin (Hallfors ym., 2005; Kapi, Veltsista, Kavadias, Lekea, & Bakoula, 2007). Kuitenkin on osoitettu, että mitä nuoremmalla on seksikokemuksia, sitä todennäköisemmin on myös mielenterveyden häiriöitä (Donenberg, Bryant, Emerson, Wilson, & Pasch, 2003; Heidmets ym., 2010; Jamieson & Wade, 2011; Robinson ym., 2011; Sabia, 2006).

Neitsyyden menettäminen varhaisnuoruudessa moninkertaisti itsetuhoisten ajatusten määrän (Heidmets ym., 2010), ja oli yhteydessä päihteiden käyttöön (Madkour ym., 2010; Schofield, Bierman, Heinrichs, & Nix, 2008) sekä antisosiaaliseen käytökseen (Boislard P & Poulin, 2011; Schofield ym., 2008). Keskimääräistä ikää ensimmäisessä yhdynnässä nostivat hyvä itsetunto (Johnson & Taliaferro, 2012), turvalliseksi koettu kouluympäristö (Madkour ym., 2010), vanhempien korkea koulutus, nuoren saama sosiaalinen tuki sekä tulevaisuudensuunnitelmat, joihin kuului korkean tason koulutus (Valle, Roysamb, Sundby, & Klepp, 2009).

Näyttää selvältä, että varhainen seksuaalinen aktiivisuus on yhteydessä depression (Hallfors ym., 2004; Jamieson & Wade, 2011; Kaltiala-Heino ym., 2003; Oshri, Tubman, & Jaccard, 2011; Sabia, 2006; Valle ym., 2009). Yhteyden suunta on kuitenkin epäselvä. Osa tuloksista osoittaa, että aiemmat depressiiviset oireet eivät niinkään vaikuta alemmaan yhdyntöjen aloittamisikään (Hallfors ym., 2005; Jamieson & Wade, 2011), mutta myös päinvastaisia tuloksia on saatu (Davila ym., 2009;

Lehrer, Shrier, Gortmaker, & Buka, 2006). Sabia (2006) ja Jamieson & Wade (2011) sen sijaan kyseenalaistivat koko yhteyden olemassaolon: varhainen seksuaalinen aktiivisuus tai masennus eivät ole kumpikaan seurausta toisesta, vaan jokin muu tekijä selittää molempien kasvaneen todennäköisyyden.

Toisaalta Donenberg, Emerson, & Mackesy-Amity (2011) havaitsivat, että seksuaalinen aktiivisuus oli viisi kertaa todennäköisempää varhaisnuorilla, joilla oli eksternalisoivia ongelmia, ja kaksi kertaa todennäköisempää internalisoivista ongelmista kärsivillä, kuin muilla. Käytöshäiriöiden suhteesta seksuaalikäyttäytymiseen on ristiriitaista tietoa. Ne on liitetty aikaisempaan yhdyntöjen aloittamiseen (Donenberg ym., 2011; Harakeh, de Looze, Schrijvers, van Dorsselaer, & Vollebergh, 2012), kun taas toisaalta on näyttöä, ettei seksuaalinen aktiivisuus ole yhteydessä käytöshäiriöiden esiintymiseen (Hipwell, Stepp, Keenan, Chung, & Loeber, 2011).

Eniten huolia kehonkuvastaan kantaneet olivat muita todennäköisemmin kokeneet ensimmäisen yhdyntänsä jo varhaisnuoruudessa (Valle ym., 2009). Masentuneilla tytöillä läheinen suhde äitiin viivästytti ensimmäisen yhdynnän kokemista, kun taas läheiset välit isän kanssa vaikuttivat päinvastaisesti (Rink, Tricker, & Harvey, 2007). Boislard P & Poulin (2011) ja Davila ym. (2009) mukaan perheongelmat lisäsivät todennäköisyyttä yhdyntöjen aiemmalle aloittamiselle, kun taas toimiva kommunikaatio vanhempien kanssa siirsi yhdyntöjen aloittamista myöhemmäksi (Madkour ym., 2010).

5.3 Seurustelusuhteet

Seurustelusuhteet kuuluvat olennaisena osana nuoruuden henkiseen kehityskaareen. Tutkimuksia aiheesta on toistaiseksi melko vähän ja nekin keskittyvät lähinnä masennuksen ja seurustelun yhteyksiin. Oskoot vaihtelivat kymmenistä tuhansiin. Pienin tutkimus oli Ruuska ym. (2003) poikkileikkaustutkimus, jossa oli mukana alle kuusikymmentä mielenterveyshäiriöklonikan potilasta, kun taas suurin tutkimus oli Kosunen ym. (2003) yli 20000 henkeä käsittänyt väestöaineisto. Pitkittäistutkimuksia seurusteluun liittyen oli kuitenkin useampi (Davila ym., 2009; Grello, Welsh, Harper, & Dickson, 2003; Hershenberg & Davila, 2010; Little, Welsh, Darling, & Holmes, 2011; Loftus, Kelly, & Mustillo, 2011).

Davila ym. (2009) mukaan romanttinen kanssakäyminen, kuten treffeillä käyminen ja suutelu, korreloi varhaisnuorilla positiivisesti masennusoireiden määrän kanssa. Seksuaalisesti aktiivisista nuorista taas ne, jotka seurustelivat olivat vähemmän masentuneita kuin seksiä ilman seurustelusuhteita harrastaneet (Cairano, Bonino, Kliwer, Miceli, & Jackson, 2006). Grello ym. (2003) seurasivat nuoria, jotka alussa olivat neitsyitä eivätkä olleet koskaan seurustelleet. Vuoden kuluttua seurustelevat tai romanttisen yhdynnän kokeneet eivät olleet muita todennäköisemmin masentuneita. Sen sijaan satunnaisesti seksiä harrastaneet kärsivät todennäköisemmin mielenterveysongelmista.

Loftus ym. (2011) tutkivat tyttöjen seurustelusuhteita yli kolme vuotta vanhempien miesten kanssa. Varhaisnuorilla ei ennen seurustelun alkua ollut muista poikkeavaa määrää masennusoireita, mutta pian suhteen aloittamisen jälkeen sekä viisi vuotta myöhemmin oli depressiivisten oireiden määrä kohonnut. Keskinuoruusikäisillä vastaavaa muutosta ei tapahtunut, vaan masennusoireiden määrä oli muihin samanikäisiin nähden samaa tasoa.

Seurustelusuhteet ovat toki paljon muutakin kuin seksuaalista kanssakäymistä. Harvoin on tosin voitu tutkia muuta kuin yhdyntöjen tiheyttä tai mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä käyttökelpoisten mittarien puutteessa. Little ym. (2011) kuitenkin tutkivat kuinka paljon nuoret puhuivat seurustelukumppaninsa kanssa omista tunteistaan. Suurimmassa riskissä sairastua masennukseen olivat nuoret, jotka sekä vaikenivat omista tunteistaan että harrastivat seksiä muita useammin. Sen sijaan omista tunteistaan normaalisti puhuvilla ei ollut muita enempää masennusta yhdyntöjen tiheydestä riippumatta.

Kosunen ym. (2003) mukaan tytöillä oli sitä vähemmän masennusta mitä enemmän heillä oli yhdyntöjä. Tämä masennukselta suojaava vaikutus näkyi vain seurustelevilla tytöillä, mutta tytöillä, jotka eivät seurustelleet, ei myöskään ollut tavallista enempää masennusta tiheistä yhdynnöistä huolimatta. Pojilla taas yhdyntätiheyden ja masennuksen suhde oli päinvastainen: masennuksen esiintyvyys kasvoi yhdyntöjen määrän kasvaessa, olipa poika seurustelusuhteessa tai ei. Hershenberg & Davila (2010) totesivat kuitenkin sosiaalista kanssakäymistä välttelevillä tytöillä positiivisen korrelaation masennuksen ja yhdyntätiheyden välillä: mitä masentuneempia tytöt olivat, sitä tiheämmin heillä oli yhdyntöjä. Rubin, Gold, & Primack (2009) eivät puolestaan löytäneet mitään yhteyttä yhdyntätiheyden ja depression välillä.

Masennuksen ohella muista internalisoivista mielenterveyden häiriöistä vain syömishäiriöiden ja seurustelun yhteydestä oli aineistoa: Anorexia nervosaa sairastaneilla todettiin olevan bulimia nervosaa sairastaneihin verrattuna vähemmän seurustelukokemuksia tai edes kiinnostusta seurustelua kohtaan (Ruuska ym., 2003). Eksternalisoivien oireiden, kuten käytöshäiriöiden tai itsetuhoisuuden yhteydestä seurusteluun ei löytynyt julkaisuja.

6 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA RISKISEKSI

Tarkastellussa aineistossa seksuaalista riskikäyttäytymistä mitattiin jollakin seuraavista tai niiden yhdistelmillä: kondomin käyttö, seksikumppaneiden lukumäärä, päihteiden vaikutus seksuaalikäyttäytymiseen ja seksi riskikumppanin kanssa. Varhaista seksuaalista aktiivisuutta ei käsitellä tässä yhteydessä (kts. luku 5.2), vaikka se voi myös olla seksuaalista riskikäyttäytymistä.

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on lähes poikkeuksetta yhdistetty mielenterveyden häiriöihin, erityisesti depression (A. Brown ym., 2006; Hallfors ym., 2004, 2005; Hipwell ym., 2011;

Kosunen ym., 2003; Lehrer ym., 2006; Mazzaferro ym., 2006; Mellins ym., 2009; Mun, Windle, & Schainker, 2008; Oshri ym., 2011; Paxton & Valois, 2007; Rubin ym., 2009; Seth ym., 2011; Teplin ym., 2005; Turner, Latkin, Sonenstein, & Tandon, 2011). Toisaalta on myös näyttöä, ettei masennuksella ja riskiseksillä olisi yhteyttä. Psykiatrisessa hoidossa olleilla nuorilla ei internalisoivasti oireilevilla ollut keskimääräistä enempää riskikäyttäytymistä, kun taas eksternalisoivat oireet tai edellisten yhdistelmä kasvattivat riskiä seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen (L. K. Brown ym., 2010; Donenberg ym., 2003). Toisaalta taas jo lievän henkisen ylikuormituksen ja stressin on todettu kasvattavan riskiseksin todennäköisyyttä (Dorfman, Trokel, Lincoln, & Mehta, 2010; Mazzaferro ym., 2006). Hallfors ym. (2004) havaitsivat, että tytöillä riskikäyttäytymistä oli vähemmän kuin pojilla. Toisaalta taas tytöt, joilla riskikäyttäytymistä esiintyi, olivat muita masentuneempia ja itsetuhoisempia.

6.1 Seksikumppaneiden lukumäärä

Yhdessätoista tutkimuksessa oli aineistoa seksuaalikumppaneiden lukumäärän ja mielenterveyden häiriöiden yhteyksistä. Otokoot vaihtelivat useista sadoista tuhansiin, lukuun ottamatta pienintä tutkimusta, jossa mukana oli vain kahdeksankymmentä tyttöä (Udell, Donenberg, & Emerson, 2011). Suurin osa tutkimuksista oli poikkileikkausaineistoja. Sen lisäksi kahdessa muussakin tutkimuksessa oli mukana pelkästään tyttöjä. Tutkimukset olivat pääasiassa tuhansia nuoria käsittäneitä poikkileikkaustutkimuksia. Kahdessa pienimmässä tutkimuksessa osanottajia oli kuitenkin vain hieman alle sata.

Seksuaalikumppaneiden määrää on useissa tutkimuksissa tutkittu ns. jatkuvana muuttujana, mutta joissakin taas kohonneeksi partnereiden lukumääräksi on määritelty kolme tai useampi kumppani tietyllä ajanjaksolla. Keskimääräistä suurempi seksikumppaneiden määrä on kuitenkin määrittelytavasta riippumatta selvästi yhdistetty masennukseen (Donenberg ym., 2011; Kosunen ym., 2003; Langille, Asbridge, Kisely, & Wilson, 2012; Lehrer ym., 2006; Rubin ym., 2009; Seth ym., 2011; Turner ym., 2011). Lehrer ym. (2006) ja Seth ym. (2011) mukaan lähtötason depressiiviset oireet ennustivat tytöillä kohonnutta seksikumppaneiden lukumäärää. Stewart ym. (2012) tutkivat mielenterveyshoidossa olevia nuoria. Niillä, joilla oli eniten maniaoireita, oli myös todennäköisemmin ollut useita seksikumppaneita verrattuna potilaisiin, joilla oli diagnosoitu jokin muu mielenterveyden häiriö.

Myös ahdistuneisuus ja käyttäytyminen sääntöjä rikkovasti korreloi tytöillä positiivisesti partnereiden määrään, kun taas aggressiivisuus pienensi määrää (Udell ym., 2011). Kohonneen seksikumppaneiden lukumäärän on myös todettu olevan yhteydessä poikien kokemaan lähisuhdeväkivaltaan (Howard & Wang, 2003) ja syömishäiriökäyttäytymiseen (Ackard, Fedio, Neumark-Sztainer, & Britt, 2008).

6.2 Ehkäisyn laiminlyönti

Ehkäisyyn liittyvät tutkimukset olivat lähinnä poikkileikkaustutkimuksia, joiden osallistujamäärä oli tavallisesti pari sataa vaihdellen kuitenkin muutamasta kymmenestä useampaan tuhanteen.

Kondomin käyttö edellisessä yhdynnässä oli muita epätodennäköisempää masentuneilla (Langille ym., 2012; Lehrer ym., 2006; Seth ym., 2011; Smith, Buzi, & Weinman, 2010) ja ahdistuneilla (Turner ym., 2011). Masentuneet nuoret käyttivät kondomia virheellisesti keskimäärin joka toisessa yhdynnässä (Shrier, Walls, Lops, & Feldman, 2011), ja heidän oli myös vaikeampi keskustella kondomin käytöstä seksikumppaninsa kanssa (Seth ym., 2011). Maniaoireisten nuorten on todettu harrastavan suojaamatonta seksiä todennäköisemmin kuin muista mielenterveyden häiriöistä kärsivien (Stewart ym., 2012).

Ehkäisyn käytöllä ja mielenterveyden häiriöillä on todettu olevan negatiivinen korrelaatio – mitä vähemmän mielenterveysoireita oli, sitä todennäköisemmin nuori käytti ehkäisyä (Kosunen ym., 2003; Oshri, Tubman, Wagner, Leon-Morris, & Snyders, 2008). Toisaalta on myös näyttöä, ettei kondomin käytön ja mielenterveysongelmien välillä olisi yhteyttä (Donenberg ym., 2011; Udell ym., 2011).

Depressio on niin ikään liitetty kohonneeseen sukupuolitautilien määrään (Lee, O’Riordan, & Lazebnik, 2009; Mazzaferro ym., 2006). Sukupuolitauteihin yhdistyivät myös korkea stressitaso, vähäinen sosiaalinen tuki (Mazzaferro ym., 2006) sekä maniaoireet (Stewart ym., 2012). Myös korkea stressitaso sekä vähäinen sosiaalinen tuki yhdistyivät sukupuolitauteihin (Mazzaferro ym., 2006). Rubin ym. (2009) eivät kuitenkaan löytäneet yhteyttä sukupuolitautil historian ja depressiivisten oireiden välillä tytöillä.

Lang ym., (2011) tutkivat seksuaalisesti aktiivisia mielenterveyden häiriöistä kärsiviä tyttöjä. Tuplaehkäisyä oli viimeisen kolmen kuukauden aikana käyttänyt vain noin kolmannes. Toisaalta osallistajat, joilla oli useita seksikumppaneita käyttivät tuplaehkäisyä melkein kolme kertaa todennäköisemmin kuin ne, joilla oli vain yksi partneri. Aiemmin raskaana olleet käyttivät tuplaehkäisyä huomattavasti harvemmin verrattuna niihin, joilla ei ollut raskaushistoriaa.

6.3 Seksi ja päihteet

Seksiä päihteiden vaikutuksen alaisena oli käsitelty melko harvassa tutkimuksessa, ja niistäkin lähes puolessa oli mukana vain tyttöjä. Tutkimusten koeeasetelma oli lähinnä poikittainen ja osanottajamäärä vaihteli vajaasta sadasta hieman alle tuhanteen.

Seksi päihtyneenä on usein mitattu vain yksittäisenä osa-alueena seksuaalisessa riskikäyttäytymisessä. Tutkimukset, joissa seksiä päihteiden vaikutuksen alaisena on tutkittu osana riskiseksiä ovat yhdistäneet sen niin depression (Langille ym., 2012; Lehrer ym., 2006; Oshri ym.,

2011; Seth ym., 2011) kuin kaltoinkohteluun ja hyväksikäyttöön lapsuudessa (Noll, Haralson, Butler, & Shenk, 2011; Tubman, Oshri, Taylor, & Morris, 2011).

Shrier, Walls, Lops, Kendall, & Blood (2012) ja A. Brown ym. (2006) mukaan päihteiden käytöllä ei kuitenkaan juuri ole vaikutusta kondomin käyttöön. Shrier ym. (2012) tutkimuksessa keskinuoruusikäiset masentuneet tytöt ja pojat raportoivat kahden viikon ajan päivittäistä päihde- ja seksikäyttämistään. Tulokset olivat yllättäviä. Nuoret harrastivat seksiä vähemmän todennäköisesti kahden tunnin kuluttua päihteiden käytöstä kuin muuten.

7 SEKSUAALINEN KALTOINKOHTELU, AHDISTELU JA LÄHISUHDEVÄKIVALTA

Seksuaalisella riskikäyttäytymisellä sekä mielenterveyden häiriöillä on kompleksinen suhde seksuaaliseen kaltoinkohteluun, ahdisteluun ja lähisuhdeväkivaltaan. Esiintyykö seksuaalisesti loukatuilla muita enemmän mielenterveyden häiriöitä, riskiseksiä, ongelmia seksuaaliterveydessä, vaiko kenties kaikkia edellisiä? Entä millaisia muotoja seksuaalikäyttäytyminen saa murrosiässä tällaisilla nuorilla?

7.1 Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Seksuaalista hyväksikäyttöä käsiteltiin tutkimuksissa usein yhtenä lapsuuden kaltoinkohtelun osaluueena. Tällaisten tutkimusten tuloksiin viitataan siksi termillä kaltoinkohtelu, vaikka mielenkiinnon kohteena onkin tarkastella nimenomaan seksuaalisen hyväksikäytön vaikutusta nuoruusiän mielenterveyteen ja seksuaaliterveyteen. Seksuaalista kaltoinkohtelua käsittelevät tutkimukset olivat kooltaan keskisuuria eli käsittivät keskimäärin muutamia satoja osanottajia.

Seksuaalinen kaltoinkohtelu on suoraan yhdistetty riskiseksiin mielenterveyden häiriöistä riippumatta (Houck, Nugent, Lescano, Peters, & Brown, 2010; Noll ym., 2011). Tubman ym. (2011) jakoivat tutkimuksessaan hyväksikäyttöä kokeneet kolmeen eri ryhmään hyväksikäytön tason mukaan. Riskiseksiin määrä korreloi suoraan hyväksikäytön määrään siten, että eniten hyväksikäyttöä kokeneessa ryhmässä oli eniten seksuaalista riskikäyttäytymistä ja vastaavasti vähiten hyväksikäyttöä kokeneessa ryhmässä oli myös vähiten seksuaalista riskinottoa. Traumaattisen stressin määrän on todettu korreloivan vastaavasti seksuaalisen riskikäyttäytymisen kanssa (Stevens, Murphy, & Mcknight, 2003).

Lapsuudessa tapahtunut hyväksikäyttö on kuitenkin myös riskitekijä mielenterveyden häiriöille (Lopez ym., 2011; Mitchell, Ybarra, & Finkelhor, 2007; Tubman ym., 2011). Roe-Sepowitz & Krysik (2008) tutkivat keskisuudessa poikkileikkaustutkimuksessaan tyttöjä, jotka olivat tehneet seksuaalirikoksia. Lapsena kaltoinkohdelluilla oli todennäköisemmin jokin mielenterveyden häiriö

kuin ei-kaltointkohdelluilla. Oshri ym. (2011) mukaan myöskin kaltoinkohteluhistorian vakavuus sekä samanaikaiset mielenterveysongelmat kasvattivat todennäköisyyttä riskiseksille.

7.2 Seksuaalinen ahdistelu

Nuoret altistuvat seksuaaliselle ahdistelulle niin tavallisessa elämässään kuin Internetin välityksellä. Kyseessä voi olla esimerkiksi kosketelluksi tuleminen vastoin tahtoaan tai seksuaalisväritteisen ehdottelun kohteeksi joutuminen. Seksuaalista ahdistelua käsittelevät tutkimukset olivat Goldstein ym. (2007) lukuun ottamatta poikkileikkaustutkimuksia. Osanottajamäärät vaihtelivat muutamasta sadasta muutamaankuhanteen.

Goldstein ym. (2007) tutkivat muutaman vuoden mittaisessa pitkittäistutkimuksessaan nuorten seksuaalista ahdistelua. Nuoret, jotka olivat tekemisissä sellaisten nuorten kanssa joilla oli ongelmakäyttäytymistä, kuten päihteiden käyttöä tai rikollisuutta, olivat kohonneessa riskissä joutua seksuaalisen ahdistelun kohteeksi. Seksuaalista ahdistelua kokeneet puolestaan kärsivät myöhemmistä psykososiaalisista sopeutumisvaikeuksista.

Gådin & Hammarström (2005) mukaan tytöt joutuvat kaksi kertaa poikia useammin ahdistelun kohteeksi ja jopa kahdeksan kertaa useammin kosketelluksi vastoin tahtoaan. Samassa tutkimuksessa kuitenkin seksuaalinen ahdistelu yhdistyi heikompaan mielenterveyteen vain tytöillä. Gruber & Fineran (2008) eivät taas löytäneet eroa tyttöjen ja poikien välillä. ”Tavallista” kiusaamista esiintyi nuorten keskuudessa enemmän kuin seksuaalista ahdistelua, mutta jälkimmäisellä oli enemmän haittavaikutuksia mielenterveyteen. Seksuaalista ahdistelua kokeneet kärsivät muita useammin mielenterveyden häiriöistä, traumaoireista ja heikommasta fyysisestä terveydestä, kun taas kiusaamiseen yhdistyi vain heikentynyt mielenterveys.

Internetissä tapahtuva seksuaalinen ahdistelu ja ehdottelu on yhdistetty masennukseen (Mitchell ym., 2007; Ybarra, Leaf, & Diener-West, 2004), rikolliseen käyttäytymiseen ja päihteiden käyttöön (Mitchell ym., 2007). Kouluissa tapahtuva seksuaalinen häirintä taas on yhteydessä ainakin heikompaan itsetuntoon (Timmerman, 2004).

7.3 Lähisuhdeväkivalta

Lähisuhdeväkivaltaa käsitteli tässä aineistossa vain kolme julkaisua. Otokoko vaihteli muutamasta sadasta useampaankuhanteen. Hebert, Lavoie, Vitaro, Mcduff, & Tremblay (2008) tutkimuksessa lähisuhdeväkivaltaa oli niin fyysinen, psyykkinen kuin seksuaalinenkin väkivalta. Rizzo ym. (2011) puolestaan tutkivat seksuaalista sekä fyysistä väkivaltaa, ja Howard & Wang (2003) vain fyysistä.

Tytöillä, joita oli lapsena käytetty seksuaalisesti hyväksi, oli kaksinkertainen riski kokea lähisuhdeväkivaltaa nykyisessä seurustelusuhhteessaan verrattuna niihin, joiden taustalla ei ollut

seksuaalista hyväksikäyttöä. He kärsivät myös todennäköisimmin jostakin mielenterveyden häiriöstä (Hebert ym., 2008). Howard & Wang (2003) puolestaan havaitsivat, että pojista itsetuhoiset ja alakuloiset joutuivat muita todennäköisemmin fyysisen lähisuhdeväkivallan kohteeksi. Lähisuhdeväkivalta on yhdistetty myös kohonneeseen seksikumppanien lukumäärään (Howard & Wang, 2003) ja suojaamattomaan seksiin (Howard & Wang, 2003; Rizzo ym., 2011).

8 SEKSUAALISEN RISKIKÄYTTÄYTYMISEN JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN RISKITEKIJÄT

Tässä luvussa on tarkasteltu tämän aineiston valossa seksuaalisen riskikäyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöiden riskitekijöitä. Riskitekijät on kerätty tässä aineistossa olleista pitkittäistutkimuksista, joista kausaliiteetti käy selvästi ilmi. Suurinta osaa näistä julkaisuista on kuitenkin jo käsitelty aiemmissa luvuissa muiden tutkimusten tapaan.

8.1 Seksuaalisen riskikäyttäytymisen riskitekijät

Yksi merkittävimmistä seksuaalista riskikäyttäytymistä ennustavista tekijöistä on lapsuudessa tapahtunut hyväksikäyttö (Houck ym., 2010; Lopez ym., 2011; Noll ym., 2011; Tubman ym., 2011). Houck ym. (2010) mukaan lapsuusaikaisella seksuaalisella hyväksikäytöllä on suora yhteys seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen nuoruusiässä mielenterveyden häiriöistä riippumatta. Kapetanovic ym. (2011) yhdistivät HIV-infektoituneilla nuorilla vastaavasti päihteiden käytön suoraan riskiseksiin. Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä päihteiden käyttö kuitenkin lisäsi merkittävästi riskiä seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen.

Toisaalta myös depressiivisten oireiden on osoitettu ennustavan riskiseksiä (Lehrer ym., 2006; Seth ym., 2011; Starr, Donenberg, & Emerson, 2012). Davila ym. (2009) tutkivat varhaisnuoruusikäisiä tyttöjä, ja havaitsivat heillä masennusoireiden sekä vaikeuksien vanhempien kanssa olevan yhteydessä yhdyntöjen aloittamiseen seuraavan vuoden kuluessa. Boislard P & Poulin (2011) mukaan varhaista yhdyntöjen aloittamista ennusti yksinhuoltajaperheeseen kuuluminen tai eronneet vanhemmat verrattuna kahden vanhemman perheeseen. Varhaista yhdyntää ennusti myös antisosiaalinen käytös (Boislard P & Poulin, 2011; Schofield ym., 2008). Schofield ym. (2008) yhdistivät aggressiivisen häiriökäyttäytymisen ja tarkkaavaisuusongelmat varhaisiin yhdyntöihin juuri antisosiaalisuuden ja päihteiden käytön välityksellä.

8.2 Mielenterveyden häiriöiden riskitekijät

Seksuaalikäyttäytymisellä on moninainen vaikutus myöhempiin mielenterveyden häiriöihin. Yhdyntöjen varhainen aloittaminen ennustaa eksternalisoivia mielenterveyden häiriöitä (Robinson ym., 2011). Toisaalta jo romanttinen aktiivisuus, kuten suutelu tai treffeillä käyminen vaikutti

mielenterveyden häiriöiden ilmentymiseen: niillä, joilla oli enemmän tällaisia kokemuksia, oli myöhemmin enemmän internalisoivia (Davila ym., 2009; Starr ym., 2012) ja eksternalisoivia oireita (Starr ym., 2012). Hallfors ym. (2005) totesivat, että seksuaalinen aktiivisuus ylipäättään nuoruusiässä altisti depressiolle. Seksi yhdistyi depressioon riippumatta puberteetin ajankohdasta tai puberteettistatuksesta. Copeland ym. (2010) ovat kuitenkin liittäneet varhaisen kypsytymisen itsessään myöhempään mielenterveydenongelmiin.

Tiheästi toistuvat yhdynnät altistivat masennukselle nuoria, jotka seurustelusuhteessaan vaikenivat omista tunteistaan (Little ym., 2011). Varhaisnuoruudessa seurustelu yli kolme vuotta vanhemman miehen kanssa oli myös riskitekijä depressiolle (Loftus ym., 2011). Toisaalta seurustelu ei Grello ym. (2003) tutkimuksessa ennustanut masennusta, kun taas satunnainen, seurustelusuhteiden ulkopuolinen seksi altisti depressiolle.

Päihteiden käytön on myös todettu altistavan mielenterveyden häiriöille (Hallfors ym., 2005). Niin ikään tupakointi on liitetty heikompaan mielenterveyteen (Mun ym., 2008; Robinson ym., 2011). Lapsuudessa tapahtunut hyväksikäyttö on myös riskitekijä mielenterveyden häiriöille (Lopez ym., 2011; Mitchell ym., 2007; Tubman ym., 2011). Raiskatuilla on muita enemmän masennusta ja heikompi itsetunto (Cecil & Matson, 2005).

8.3 Mitä yhteistä – mitä eroa?

On huomattava, että riskiseksi ja mielenterveyden häiriöiden riskitekijät ovat pitkälti samoja. Tärkeimpiä yhteisiä altistajia ovat lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö (Houck ym., 2010; Lopez ym., 2011; Mitchell ym., 2007; Noll ym., 2011; Tubman ym., 2011) ja päihteet (Hallfors ym., 2005; Kapetanovic ym., 2011). Mielenterveyden häiriöiden ja riskiseksi välinen yhteys itsessään on kaksisuuntainen. Näyttöä on seksuaalisen riskikäyttäytymisen aiheuttamasta riskistä ainakin masennukselle (Grello ym., 2003; Hallfors ym., 2005) – ja toisinpäin (Davila ym., 2009; Lehrer ym., 2006; Seth ym., 2011; Starr ym., 2012).

9 TULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä katsauksessa esitellyt tutkimukset edustavat hyvin laajasti nykypäivän länsimaisia nuoria: tutkimuksia on usealta mantereelta ja valittu aikaikkuna on leveä, kymmenen vuotta. Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset olivat enimmäkseen samansuuntaisia ajankohdasta tai paikasta riippumatta.

Tarkastellussa aineistossa huomattava osuus tutkimuksista käsitteli pelkkiä tyttöjä. Suurimmassa osassa oli mukana kuitenkin molempia sukupuolia. Pelkkiä poikia sisältäneitä tutkimuksia oli sen sijaan vain muutama. Monessa tutkimuksessa aineistoa oli kerätty esimerkiksi

mielenterveyspoliklinikan asiakkaista. Koska nykyäänkin enemmistö mielenterveyspalvelujen käyttäjistä on tyttöjä, tämä saattaa osaltaan selittää tyttöjen suurta määrää tämän katsauksen aineistossa.

9.1 Seksuaalisuuden rajapyykit

Suurin osa tutkimuksista koskien puberteetin ajankohtaa on poikkileikkaustutkimuksia, mikä estää syy-seuraussuhteiden tarkastelun. On kuitenkin todennäköistä, että varhain kypsyneillä masennusta ja muita mielenterveyden häiriöitä esiintyy vasta puberteetin jälkeen, sillä ne ovat huomattavasti yleisempiä vasta keskinuoruudesta eteenpäin kuin sitä ennen. Valtaosa puberteetin ajoitusta ja mielenterveyttä koskevista tutkimuksista käsittelee aikaisen kypsyneiden ja mielenterveyden yhteyttä. Tämä saattaa johtua siitä, että useissa puberteettitutkimuksissa aineistossa on vain noin 13–17-vuotiaita, jolloin mielenterveyden häiriöitä ei vielä ehtinyt esiintyä niin runsaasti myöhään kypsyneillä.

Henkinen ja fyysinen kypsyminen nuoruusiässä eivät kulje käsi kädessä. Fyysinen kehitys saattaa jopa päättyä ennen henkisen kehityksen kunnollista alkamista. Toisaalta on todennäköistä, että fyysisesti varhain kypsyneet ovat myös ikäryhmänsä edelläkävijöitä henkisessä kehityksessä. Siksi vaikka näyttöä onkin varhaisen puberteetin yhteydestä intiimikokemuksiin keksimääräistä nuoremmalla iällä ei kyse ole välttämättä riskikäyttäytymisestä. Voi olla, että fyysisesti aikaisin kypsyneet ovat myös henkisesti muita aiemmin valmiita tasapainoiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen jo varsin nuorella iällä. Tämä on kuitenkin vain yksi potentiaalinen skenaario.

Samalla tavalla kuin seksikokemusten määrä on ikä huono määrittäjä riskiseksi. Nuorten henkisen ja fyysisen kypsyneiden epätasapaino tekee mahdottomaksi jonkin ikärajan määrittämisen, mikä jakaisi seksuaalikokemukset riskialttiiksi tai ei. Varhaista seksuaalista aktiivisuutta voidaan kuitenkin tämän katsauksen tulosten perusteella pitää poikkeuksellisen ja sidottuna mielenterveyden ongelmiin.

Seurustelun ja depression välinen yhteys on mielenkiintoinen. Keskinuoruusikäisillä ja sitä vanhemmilla seurustelu ei lisännyt masennusta, kun taas seurustelevat varhaisnuoret olivat muita masentuneempia. Seurustelu näyttääkin olevan jopa masennukselta suojaava tekijä, kun se tapahtuu tarpeeksi vanhana. Seksuaalikokemukset seurustelusuhteissa eivät myöskään lisänneet masennusta, kun taas irralliset seksikokemukset lisäsivät depression todennäköisyyttä. Huomattavaa on myös, että nuorten masennusta ei aina suoraan määrittänyt seksikokemusten määrä. Merkittävää sen sijaan oli seksikumppaneiden määrä. Mitä useamman kanssa nuori oli harrastanut seksiä, sitä masentuneempi hän oli.

9.2 Seksuaalinen riskikäyttäytyminen

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen yhdistyi lähes poikkeuksetta masennukseen. Yhteyden suunnasta oli näyttöä molempiin suuntiin, mutta enemmistö tutkimustuloksista osoitti, että ensimmäisenä kuvaan astuu masennus, josta puolestaan seuraa lisääntyneitä seksuaalista riskinottoa. Tämä saattaa johtua esimerkiksi masentuneiden nuorten vaikeuksista käsitellä tunteita tai ylipäättään tunteita: hankkiudutaan aina vaan rajumpiin kokemuksiin, ja haetaan sitä kautta uusia tunnekokemuksia.

Mielenterveyden häiriöt ja ehkäisyn laiminlyöminen olivat selvässä yhteydessä toisiinsa. Voi olla, että masentuneet nuoret eivät kykene suojaamaan itseään yhtä hyvin kuin terveet nuoret. Toisaalta taas esimerkiksi ehkäisyn laiminlyömisestä seuraavat sukupuolitaudit voivat masentaa nuorta. Heikko fyysinen terveys saattaa korreloida positiivisesti heikompaan psyykkiseen terveyteen.

Päihteistä ja ehkäisyn käytöstä oli yllättävän vähän tuloksia tässä aineistossa. On kuitenkin oletettavaa, että päihtyneenä ehkäisy laiminlyödään helpommin. Näitä seksikontakteja luultavasti kadutaan jälkikäteen, tai ne saattavat heikentää nuoren elämänhallinnantunnetta, ja johtaa uusiin vastaaviin negatiivisiin kokemuksiin.

Tilastojen mukaan ehkäisyn laiminlyöminen on todennäköisintä kaikkein nuorimmilla. Kondomien tai muiden ehkäisymenetelmien huono saatavuus tai kallis hinta saattaa heillä olla syy ehkäisyn poisjättämiselle. Arviointikyky omien tekojen seurauksista paranee henkisen kypsymisen myötä, ja siksi varhaisnuorten seksuaalineuvontaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

9.3 Seksuaalinen kaltoinkohtelu, ahdistelu ja lähisuhdeväkivalta

Seksuaalinen hyväksikäyttö lapsuudessa altistaa seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle ja mielenterveyden häiriöille nuoruusiässä. Näiden tapahtumien välillä kuluu kuitenkin yleensä vuosia. Eivätkö siis hyväksikäytetyt pääse tarvitsemansa avun piiriin tai onko apu liian vähäistä? Ovatko he koko elämäkseen tuomitut kantamaan hyväksikäytön aiheuttamaa taakkaa? Näihin nuoriin tulisi kiinnittää erityistä huomiota terveydenhuollossa, jotta hyväksikäyttöä kokeneet voisivat saada mahdollisimman kokonaisvaltaista apua ja heidän toimintakykynsä paranisi.

Esimerkiksi parisuhdeväkivallalla on havaittu olevan yhteyksiä suojaamattomaan seksiin. Koska lähisuhdeväkivalta altistaa mielenterveyden häiriöille, jotka puolestaan johtavat ehkäisyn laiminlyöntiin, saattaa mielenterveyden häiriöt olla välittävä tekijä näiden välillä. Myöskin lapsuuden seksuaalisella hyväksikäytöllä saattaa olla vaikutusta vähentyneeseen kondomin käyttöön nuoruusiässä. Todennäköisesti välittävänä tekijänä on tässäkin tapauksessa depressio tai jokin muu mielenterveyden häiriö.

9.4 Maiden väliset erot

Kuten luvun 4 tilastotiedoista nähdään, ikä ensimmäisessä yhdynnässä vaihtelee selvästi eri maiden välillä. 2000-luvulla suomalaisista nuorista yhdynnän oli kuudentoista vuoden ikään mennessä kokenut keskimäärin joka viides poika ja joka neljäs tyttö. Yhdysvaltalaisista nuorista vastaavasti noin kaksi viidestä oli kokenut ensiyhdyntänsä. Englantilaisista nuorista tieto on vanhempaa, mutta sikäli yllättävää, että 16 vuoden ikään mennessä yhdynnässä olleiden osuudet olivat päinvastaiset kuin Suomessa: englantilaisista pojista reilu neljännes oli kokenut yhdynnän, kun taas tytöistä vain joka viides.

Tämän katsauksen aineistossa suomalaisia tutkimuksia olivat ainoastaan Kaltiala-Heino ym. (2003), Kosunen ym. (2003) ja Ruuska ym. (2003) tutkimukset. Niiden tulokset olivat kuitenkin samansuuntaisia ulkomaalaisten tutkimustulosten kanssa. Voitaneen siis olettaa katsauksessa esiteltyjen ulkomaisilla nuorilla saatujen tutkimustulosten pätevän jossain määrin myös suomalaisiin nuoriin. Suomalaisen aineiston tarkempi analyysi on kuitenkin selvä jatkotutkimuksen aihe.

9.5 Lopuksi

Seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen ja mielenterveyden häiriöihin on puututtava mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mahdollisten myöhempien ongelmien ennaltaehkäisemiseksi ja syrjäytymisen estämiseksi. Nuoruusiässä tapahtuva kypsyminen luo pohjan sekä aikuisuuden mielenterveydelle että seksuaaliterveydelle. Rauhasa, nuoren omaan tahtiin, tapahtuva kehitys ja hyvä seksuaaliterveys ovat identiteettiin positiivisesti vaikuttavia seikkoja. Seksuaali- ja mielenterveyden ongelmista kärsivien nopea hoitoon pääsy ja kokonaisvaltainen tukeminen parantavat nuorten myöhempää toimintakykyä ja elämänlaatua.

LÄHTEET

- Aalberg, V., & Siimes, M. (2007). *Lapsesta aikuiseksi* (p. 316). Nemo.
- Ackard, D. M., Fedio, G., Neumark-Sztainer, D., & Britt, H. R. (2008). Factors associated with disordered eating among sexually active adolescent males: gender and number of sexual partners. *Psychosomatic medicine*, 70(2), 232–8. doi:10.1097/PSY.0b013e318164230c
- Bajos, E., Guillaume, A., & Kontula, O. (2003). *Reproductive health behaviour of young Europeans*. Council of Europe Publishing.
- Boislar P, M.-A., & Poulin, F. (2011). Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *Journal of adolescence*, 34(2), 289–300. doi:10.1016/j.adolescence.2010.05.002
- Brown, A., Yung, A., Cosgrave, E., Killackey, E., Buckby, J., Stanford, C., ... McGorry, P. (2006). Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people. *Australasian psychiatry* :

bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 14(3), 310–2.
doi:10.1111/j.1440-1665.2006.02291.x

- Brown, L. K., Hadley, W., Stewart, A., Lescano, C., Whiteley, L., Donenberg, G., & DiClemente, R. (2010). Psychiatric disorders and sexual risk among adolescents in mental health treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 590–7. doi:10.1037/a0019632
- Cecil, H., & Matson, S. C. (2005). Differences in psychological health and family dysfunction by sexual victimization type in a clinical sample of African American adolescent women. *Journal of sex research*, 42(3), 203–14. doi:10.1080/00224490509552275
- Ciairano, S., Bonino, S., Kliewer, W., Miceli, R., & Jackson, S. (2006). Dating, sexual activity, and well-being in Italian adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(2), 275–82. doi:10.1207/s15374424jccp3502_11
- Copeland, W., Shanahan, L., Miller, S., Costello, E. J., Angold, A., & Maughan, B. (2010). Outcomes of early pubertal timing in young women: a prospective population-based study. *The American journal of psychiatry*, 167(10), 1218–25. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09081190
- Davila, J., Stroud, C. B., Starr, L. R., Miller, M. R., Yoneda, A., & Hershenberg, R. (2009). Romantic and sexual activities, parent-adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls. *Journal of adolescence*, 32(4), 909–24. doi:10.1016/j.adolescence.2008.10.004
- Donenberg, G. R., Bryant, F. B., Emerson, E., Wilson, H. W., & Pasch, K. E. (2003). Tracing the roots of early sexual debut among adolescents in psychiatric care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 594–608. doi:10.1097/01.CHI.0000046833.09750.91
- Donenberg, G. R., Emerson, E., & Mackesy-Amiti, M. E. (2011). Sexual risk among African American girls: psychopathology and mother-daughter relationships. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 153–8. doi:10.1037/a0022837
- Dorfman, D. H., Trokel, M., Lincoln, A. K., & Mehta, S. D. (2010). Increased prevalence of behavioral risks among adolescent and young adult women with psychological distress in the emergency department. *Pediatric emergency care*, 26(2), 93–8. doi:10.1097/PEC.0b013e3181cdb883
- Falah-Hassani, K., Kosunen, E., & Rimpelä, A. (2006). The Use of Oral Contraceptives Among Finnish Teenagers from 1981 to 2003. *Journal of Adolescent Health*, 39, 649–655.
- Goldstein, S. E., Malanchuk, O., Davis-Kean, P. E., & Eccles, J. S. (2007). Risk Factors of Sexual Harassment by Peers: A Longitudinal Investigation of African American and European American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 17(2), 285–300. doi:10.1111/j.1532-7795.2007.00523.x
- Grello, C., Welsh, D. P., Harper, M. S., & Dickson, J. W. (2003). Dating and Sexual Relationship Trajectories and Adolescent Functioning. *Adolescent & Family Health*, 3(3), 103–112.
- Gruber, J. E., & Fineran, S. (2008). Comparing the Impact of Bullying and Sexual Harassment Victimization on the Mental and Physical Health of Adolescents. *Sex Roles*, 59(1-2), 1–13. doi:10.1007/s11199-008-9431-5
- Gådin, K. G., & Hammarström, A. (2005). A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European journal of public health*, 15(4), 380–5. doi:10.1093/eurpub/cki097

- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Bauer, D., Ford, C. a, & Halpern, C. T. (2005). Which comes first in adolescence--sex and drugs or depression? *American journal of preventive medicine*, 29(3), 163–70. doi:10.1016/j.amepre.2005.06.002
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. a, Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *American journal of preventive medicine*, 27(3), 224–31. doi:10.1016/j.amepre.2004.06.001
- Harakeh, Z., de Looze, M. E., Schrijvers, C. T. M., van Dorsselaer, S. a F. M., & Vollebergh, W. a M. (2012). Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: the HBSC study. *Public health*, 126(7), 566–73. doi:10.1016/j.puhe.2012.04.006
- Hebert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., Mcduff, P., & Tremblay, R. E. (2008). Association of Child Sexual Abuse and Dating Victimization With Mental Health Disorder in a Sample of Adolescent Girls. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 181–189. doi:10.1002/jts.
- Heidmets, L., Samm, A., Sisask, M., Kõlves, K., Aasvee, K., & Värnik, A. (2010). Sexual behavior, depressive feelings, and suicidality among Estonian school children aged 13 to 15 years. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 31(3), 128–36. doi:10.1027/0227-5910/a000011
- Hershenberg, R., & Davila, J. (2010). Depressive symptoms and sexual experiences among early adolescent girls: interpersonal avoidance as moderator. *Journal of youth and adolescence*, 39(8), 967–76. doi:10.1007/s10964-009-9446-4
- Hipwell, A. E., Stepp, S. D., Keenan, K., Chung, T., & Loeber, R. (2011). Brief report: Parsing the heterogeneity of adolescent girls' sexual behavior: relationships to individual and interpersonal factors. *Journal of adolescence*, 34(3), 589–92. doi:10.1016/j.adolescence.2010.03.002
- Houck, C. D., Nugent, N. R., Lescano, C. M., Peters, A., & Brown, L. K. (2010). Sexual abuse and sexual risk behavior: beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 473–83. doi:10.1093/jpepsy/jsp111
- Howard, D. E., & Wang, M. Q. (2003). Psychosocial factors associated with adolescent boys' reports of dating violence. *Adolescence*, 38(151).
- Jamieson, L. K., & Wade, T. J. (2011). Early age of first sexual intercourse and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of sex research*, 48(5), 450–60. doi:10.1080/00224499.2010.509892
- Johnson, K. E., & Taliaferro, L. a. (2012). Health behaviors and mental health of students attending alternative high schools: a review of the research literature. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN*, 17(2), 79–97. doi:10.1111/j.1744-6155.2011.00311.x
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., & Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26(5), 531–545. doi:10.1016/S0140-1971(03)00053-8
- Kapetanovic, S., Wiegand, R. E., Dominguez, K., Blumberg, D., Bohannon, B., Wheeling, J., & Rutstein, R. (2011). Associations of medically documented psychiatric diagnoses and risky health behaviors in highly active antiretroviral therapy-experienced perinatally HIV-infected youth. *AIDS patient care and STDs*, 25(8), 493–501. doi:10.1089/apc.2011.0107
- Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G., Lekea, V., & Bakoula, C. (2007). Social determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Greek adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7), 594–8. doi:10.1007/s00127-007-0201-4
- Kosunen, E. (2004). Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. In E. Kosunen & M. Ritamo (Eds.), *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen* (p. 199).

- Kosunen, E., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., & Laippala, P. (2003). Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence--a school-based survey. *Child care health and development*, 29(5), 337–344. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12904241>
- Lang, D. L., Sales, J. M., Salazar, L. F., DiClemente, R. J., Crosby, R. a, Brown, L. K., & Donenberg, G. R. (2011). Determinants of multimethod contraceptive use in a sample of adolescent women diagnosed with psychological disorders. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2011, 510239. doi:10.1155/2011/510239
- Langille, D., Asbridge, M., Kisely, S., & Wilson, K. (2012). Risk of depression and multiple sexual risk-taking behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Sexual health*, 9(3), 254–260. Retrieved from <http://www.publish.csiro.au/?paper=SH11029>
- Lee, S. H., O’Riordan, M. a, & Lazebnik, R. (2009). Relationships among depressive symptoms, sexually transmitted infections, and pregnancy in African-American adolescent girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 22(1), 19–23. doi:10.1016/j.jpag.2007.12.003
- Lehrer, J. a, Shrier, L. a, Gortmaker, S., & Buka, S. (2006). Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics*, 118(1), 189–200. doi:10.1542/peds.2005-1320
- Little, K. C., Welsh, D. P., Darling, N., & Holmes, R. M. (2011). Brief report: “I can’t talk about it:” sexuality and self-silencing as interactive predictors of depressive symptoms in adolescent dating couples. *Journal of adolescence*, 34(4), 789–94. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.006
- Loftus, J., Kelly, B. C., & Mustillo, S. a. (2011). Depressive symptoms among adolescent girls in relationships with older partners: causes and lasting effects? *Journal of youth and adolescence*, 40(7), 800–13. doi:10.1007/s10964-010-9589-3
- Lopez, V., Kopak, A., Robillard, A., Gillmore, M. R., Holliday, R. C., & Braithwaite, R. L. (2011). Pathways to sexual risk taking among female adolescent detainees. *Journal of youth and adolescence*, 40(8), 945–57. doi:10.1007/s10964-010-9623-5
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (2011). *Psykiatria* (p. 823). Duodecim.
- Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(4), 389–98. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.008
- Mazzaferro, K. E., Murray, P. J., Ness, R. B., Bass, D. C., Tyus, N., & Cook, R. L. (2006). Depression, stress, and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in young women. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(4), 601–3. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.02.004
- Mellins, C. a, Elkington, K. S., Bauermeister, J. a, Brackis-Cott, E., Dolezal, C., McKay, M., ... Abrams, E. J. (2009). Sexual and drug use behavior in perinatally HIV-infected youth: mental health and family influences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(8), 810–9. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a81346
- Michaud, P., Suris, J.-C., & Deppen, a. (2006). Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents. *Molecular and cellular endocrinology*, 254-255, 172–8. doi:10.1016/j.mce.2006.04.037
- Mitchell, K. J., Ybarra, M., & Finkelhor, D. (2007). The relative importance of online victimization in understanding depression, delinquency, and substance use. *Child maltreatment*, 12(4), 314–24. doi:10.1177/1077559507305996

- Morbidity and Mortality Weekly Report Youth Risk Behavior Surveillance - United States 2011. (2012). *Surveillance Summaries*, 61(4).
- Mun, E. Y., Windle, M., & Schainker, L. M. (2008). A model-based cluster analysis approach to adolescent problem behaviors and young adult outcomes. *Development and psychopathology*, 20(1), 291–318. doi:10.1017/S095457940800014X
- Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M., & Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 36(7), 743–52. doi:10.1093/jpepsy/jsr003
- Oshri, A., Tubman, J. G., & Jaccard, J. (2011). Psychiatric symptom typology in a sample of youth receiving substance abuse treatment services: associations with self-reported child maltreatment and sexual risk behaviors. *AIDS and behavior*, 15(8), 1844–56. doi:10.1007/s10461-011-9890-5
- Oshri, A., Tubman, J. G., Wagner, E. F., Leon-Morris, S., & Snyders, J. (2008). Psychiatric Symptom Patterns, Proximal Risk Factors, and Sexual Risk Behaviors Among Youth in Outpatient Substance Abuse Treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 430–441.
- Patton, G. C., Hemphill, S. a, Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, J. W., McMorris, B. J., & Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 508–14. doi:10.1097/chi.0b013e31803065c7
- Paxton, R., & Valois, R. (2007). Associations between depressed mood and clusters of health risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 31(3), 272–283. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2007/00000031/00000003/art00005>
- Rink, E., Tricker, R., & Harvey, S. M. (2007). Onset of sexual intercourse among female adolescents: the influence of perceptions, depression, and ecological factors. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(4), 398–406. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.04.017
- Rizzo, C. J., Hunter, H. L., Lang, D. L., Oliveira, C., Donenberg, G., DiClemente, R. J., & Brown, L. K. (2011). Dating Violence Victimization and Unprotected Sex Acts Among Adolescents in Mental Health Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 825–832. doi:10.1007/s10826-011-9543-3
- Robinson, M., Kendall, G. E., Jacoby, P., Hands, B., Beilin, L. J., Silburn, S. R., ... Oddy, W. H. (2011). Lifestyle and demographic correlates of poor mental health in early adolescence. *Journal of paediatrics and child health*, 47(1-2), 54–61. doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01891.x
- Roe-Sepowitz, D., & Krysik, J. (2008). Examining the Sexual Offenses of Female Juveniles: The Relevance of Childhood Maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 405–412.
- Rubin, a G., Gold, M. a, & Primack, B. a. (2009). Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 22(5), 306–12. doi:10.1016/j.jpjag.2008.12.011
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.-M., & Rantanen, P. (2003). Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(5), 214–220. doi:10.1007/s00787-003-0340-4
- Sabia, J. J. (2006). Does Early Adolescent Sex Cause Depressive Symptoms ? *Journal of Policy Analysis and Management*, 25(4), 803–825. doi:10.1002/pam

- Schofield, H.-L. T., Bierman, K. L., Heinrichs, B., & Nix, R. L. (2008). Predicting early sexual activity with behavior problems exhibited at school entry and in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(8), 1175–88. doi:10.1007/s10802-008-9252-6
- Seth, P., Patel, S. N., Sales, J. M., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Rose, E. S. (2011). The impact of depressive symptomatology on risky sexual behavior and sexual communication among African American female adolescents. *Psychology, health & medicine*, *16*(3), 346–56. doi:10.1080/13548506.2011.554562
- Shrier, L. a, Walls, C., Lops, C., & Feldman, H. a. (2011). Correlates of incorrect condom use among depressed young women: an event-level analysis. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, *24*(1), 10–4. doi:10.1016/j.jpjag.2010.04.002
- Shrier, L. a, Walls, C., Lops, C., Kendall, A. D., & Blood, E. a. (2012). Substance use, sexual intercourse, and condom nonuse among depressed adolescents and young adults. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *50*(3), 264–70. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.005
- Smiler, A., Frankel, L., & Savin-Williams, R. (2011). From kissing to coitus? Sex-of-partner differences in the sexual milestone achievement of young men. *Journal of Adolescence*, *34*, 727–735.
- Smith, P. B., Buzi, R. S., & Weinman, M. L. (2010). Mental health screening in family-planning clinics: a sexual risk-reduction opportunity. *Journal of sex & marital therapy*, *36*(3), 181–92. doi:10.1080/00926231003719475
- Starr, L., Donenberg, G., & Emerson, E. (2012). Bidirectional linkages between psychological symptoms and sexual activities among African American adolescent girls in psychiatric care. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *41*(6), 811–821. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2012.694607>
- Stevens, S. J., Murphy, B. S., & Mcknight, K. (2003). Traumatic Stress and Gender Differences in Relationship to Substance Abuse, Mental Health, Physical Health, and Hiv Risk Behavior in a Sample of Adolescents Enrolled in Drug Treatment. *Child Maltreatment*, *8*(1), 46–57. doi:10.1177/1077559502239611
- Stewart, A., Theodore-Oklot, C., Hadley, W., Brown, L. K., Donenberg, G., & DiClemente, R. (2012). Mania symptoms and HIV-risk behavior among adolescents in mental health treatment. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *41*(6), 803–810. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2012.675569>
- Tanner, J. M. (1962). *Growth at adolescence*. Oxford, Blackwell Scientific Publications.
- Teplin, L. A., Elkington, K. S., McClelland, G. M., Abram, K. M., Mericle, A. A., & Washburn, J. J. (2005). Major Mental Disorders , Substance Use Risk Behaviors in Juvenile Detainees. *Psychiatric Services*, *56*(7), 3–8.
- Timmerman, G. (2004). Adolescents' psychological health and experiences with unwanted sexual behavior at school. *Adolescence*, *39*(156), 817–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15727416>
- Tubman, J. G., Oshri, A., Taylor, H. L., & Morris, S. L. (2011). Maltreatment clusters among youth in outpatient substance abuse treatment: co-occurring patterns of psychiatric symptoms and sexual risk behaviors. *Archives of sexual behavior*, *40*(2), 301–9. doi:10.1007/s10508-010-9699-8
- Turner, A. K., Latkin, C., Sonenstein, F., & Tandon, S. D. (2011). Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. *Drug and alcohol dependence*, *115*(1-2), 67–73. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.10.012

- Udell, W., Donenberg, G., & Emerson, E. (2011). The impact of mental health problems and religiosity on African-American girls' HIV-risk. *Cultural diversity & ethnic minority psychology, 17*(2), 217–24. doi:10.1037/a0023243
- Valle, A.-K., Roysamb, E., Sundby, J., & Klepp, K. I. (2009). Parental social position, body image and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16-year olds. *Adolescence, 44*(174).
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C., ... Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *The Lancet, 358*, 1843–50.
- Ybarra, M. L., Leaf, P. J., & Diener-West, M. (2004). Sex differences in youth-reported depressive symptomatology and unwanted internet sexual solicitation. *Journal of medical Internet research, 6*(1), e5. doi:10.2196/jmir.6.1.e5