

Konceptualizacja problemowych zachowań seksualnych w modelu biopsychospołecznym i przegląd terapii poznawczo-behawioralnych opartych na dowodach

Katarzyna Kierzek^a, Martyna Dziekan^b

^aŚrodowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Poznaniu, Centrum Psychologii Dziecięcej Pozytywka we Wrześni;

^bWydział Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Problemowe zachowania seksualne (PZS) to inicjowane przez dzieci w wieku 12 lat i młodsze zachowania związane z częściami ciała o charakterze seksualnym (tj. genitaliami, odbytem, pośladkami lub piersiami). Są one klasyfikowane jako rozwojowo niewłaściwe lub potencjalnie szkodliwe dla samych dzieci lub dla innych. Chociaż jest to problem, który coraz częściej pojawia się w gabinetach specjalistów, to w polskojęzycznym piśmiennictwie brakuje jego opracowań. Celem niniejszego artykułu jest konceptualizacja PZS na podstawie modelu biopsychospołecznego. Aby lepiej zrozumieć istotę PZS dzieci, niezbędne jest odniesienie do zachowań normatywnych oraz kryteriów diagnostycznych i wytycznych. Przegląd dostępnych metod pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym pozwala na skuteczne zaplanowanie oddziaływań terapeutycznych, uwzględniając kontekst pracy z środowiskiem, w którym żyje dziecko.

SŁOWA KLUCZOWE:

PROBLEMOWE ZACHOWANIA SEKSUALNE, TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA, MODEL BIOPSYCHOSPOŁECZNY, DZIECI, MŁODZIEŻ

Coraż częściej do gabinetów psychoterapeutów, psychologów i seksuologów zgłaszają się rodzice oraz instytucje sprawujące opiekę na dziećmi i nastolatkami, u których występuje problem zachowań seksualnych (Davies i in., 2000, Mallants i Casteels, 2008, Martin, 2014). W związku z tym specjaliści stają w obliczu wyzwania, jakim jest określenie, czy dane zachowanie jest rozwojowe czy też wymaga interwencji i – jeśli tak – to czyjej. Początkowo specjaliści spotykają się z perspektywą dorosłych – rodziców/opiekunów, którzy w związku ze sprawowaniem codziennej opieki i związaniem emocjonalnym są bardziej wyczuleni na każde odchylenie od zwyczajowych zachowań swoich dzieci i mają szansę zauważyć je szybciej. Ze względu na przywiązanie emocjonalne mogą oni jednak czasami nadmiernie identyfikować niektóre zachowania jako problemowe. Osoby dorosłe zawodowo związane z dzieckiem – opiekunowie i nauczyciele – ze względu na swoje kompetencje, wykształcenie i pracę z dużą grupą dzieci będą natomiast cechować się większą wrażliwością na to, co nietypowe w kontekście grupy. Ponieważ jednak ich podstawowym obszarem wiedzy i kompetencji jest coś innego niż sfera seksuologiczna, rozpoznanie może być nieadekwatne (np. mogą identyfikować dane zachowanie jako „złe”). Wysłuchanie protodiagnozy dorosłego – jego perspektywy i tego, co uważa za nienormalne lub nietypowe i co na tę okoliczność już uczynił – jest dla klinicysty punktem wyjścia rozpoznania w oparciu na wiedzy naukowej statusu zachowania dziecka oraz mechanizmów, które za to zachowanie mogą być odpowiedzialne.

Żeby dobrze zdiagnozować zgłaszaną trudność i podjąć adekwatne interwencje, należy posłużyć się naukowymi kryteriami problemowych i normatywnych zachowań seksualnych. Sposób ich rozumienia powinien wyczerpywać specyfikę pracy z dzieckiem – uwzględnić kontekst rozwojowy i wpływ środowiska oraz determinować wybór odpowiednich, opartych na dowodach naukowych narzędzi do pracy.

Celem niniejszego artykułu jest zaproponowanie konceptualizacji problemowych zachowań seksualnych (PZS) w oparciu na modelu biopsychospołecznym, który w sposób uzasadniony naukowo obrazuje czynniki istotne dla kształtowania się PZS i jednocześnie jest spójny z opartymi na dowodach terapiami poznawczo-behawioralnymi zalecanymi do pracy z opisanymi trudnościami.

Problemowe zachowania seksualne w klasyfikacjach DSM-5 i ICD-10

W amerykańskich kryteriach diagnostycznych zaburzeń psychicznych DSM-5 nie ma kategorii PZS dla dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych. Dla przykładu, masturbacja dziecięca nie jest uwzględniona w DSM-5 jako zaburzenie psychiczne. Nadmierna masturbacja w dzieciństwie jest jednak klasyfikowana jako „inne określone zaburzenia behawioralne i emocjonalne z początkiem zwykle występującym w dzieciństwie i okresie dojrzewania” w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (WHO, 1992). W obydwu klasyfikacjach – amerykańskiej i europejskiej – zaburzenia seksualne dla wspomnianych grup wiekowych możemy odnaleźć w kategorii „Dysforia płciowa”. Tak więc brakuje kategorii dla szkodliwych PZS dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych (Janas-Kozik i in., 2017). Problemowe zachowania seksualne manifestujące się jako nadużycia seksualne wobec innych osób są w ICD-10 wymieniane jako jeden z możliwych objawów zachowań opozycyjno-buntowniczych dzieci i młodzieży. Traktowanie ich jednak jako objawu, a nie zaburzenia *per se* zawęża rozumienie PZS w myśl modelu biopsychospołecznego. Jako że PZS występują jako problem pierwotny lub jako zaburzenie współwystępujące, gdzie powstają wtórnie, istnieje potrzeba ich doprecyzowania w sensie klinicznym jako zaburzających możliwy rozwój psychiczny dziecka lub nastolatka.

W nowej klasyfikacji ICD-11 PZS nie zostały skategoryzowane wprost. Zachowania, które są związane z pozanormatywną stymulacją miejsc intymnych, są jedynie częścią całego wachlarza zachowań definiowanych jako PZS, a w tej formie zostały uwzględnione w nowej klasyfikacji jako 6C72 *Compulsive sexual behaviour disorder*.

Zalecenia NICE

W 2016 r. NICE opracowało wytyczne dotyczące zjawiska PZS u dzieci i młodych dorosłych (*harmful sexual behaviour among children and young people*). W wytycznych wyróżniono kilka kategorii, które dotyczą zjawiska PZS u dzieci. W piśmiennictwie (Allen, 2017; Silovsky i Niec, 2002) określa się PZS jako zachowania seksualne, które zagrażają prawidłowemu rozwojowi seksualnemu dziecka i nastolatka. Są one inicjowane przez dzieci w wieku 12 lat oraz młodsze i obejmują seksualne okolice ciała (tj. narządy płciowe, odbyt, pośladki lub piersi). Zachowania te są nieodpowiednie rozwojowo lub potencjalnie szkodliwe dla inicjujących je dzieci lub innych dzieci. Dochodzi do nich między dziećmi o znacznej różnicy wieku lub na różnym poziomie

rozwoju i są one inicjowane w związku z silnymi emocjami, takimi jak gniew lub lęk. Wyrządzają krzywdę lub potencjalną szkodę (fizyczną lub emocjonalną), a także są odporne na zwyczajowo skuteczne interwencje rodziców.

Chociaż PZS nie są uwzględnione w klasyfikacjach chorób psychicznych, to pojawiają się w zaleceniach NICE (Garrett i in., 2018), gdzie wskazano efektywne sposoby pracy w razie ich wystąpienia. Na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń specjalistów można wnioskować, że PZS są powszechnym problemem w praktyce klinicznej (Davies i in., 2000; Mallants i Casteels, 2008; Martin, 2014). Jednocześnie ich niewłaściwe rozpoznanie przez klinicystę może powodować niepokój u rodziców lub opiekunów i niepotrzebne interwencje diagnostyczne bądź badania u dziecka (Casteels i in., 2004; Mallants i Casteels, 2008). Niezbędne wydaje się dobre i spójne skonceptualizowanie PZS za pomocą aktualnych definicji oraz modelu rozumienia trudności koherentnego z dostępnymi formami terapii poznawczo-behawioralnej jako terapii opartej na dowodach naukowych i zalecanej w kontekście omawianego problemu. Chociaż do zrozumienia PZS można postużyć się różnymi koncepcjami i modelami psychologicznymi, to autorki niniejszego artykułu proponują ich opisanie i wyjaśnienie (tzw. konceptualizację) za pomocą modelu biopsychospołecznego.

Normatywne zachowania seksualne

Żeby określić, czym są PZS, należy doprecyzować zachowania seksualne mieszczące się w normie.

Ponieważ ludzie od urodzenia są istotami seksualnymi, to na każdym etapie rozwoju psychoseksualnego człowieka występuje charakterystyczna dla tego etapu ekspresja seksualna. O ile panuje ogólna zgoda co do tego, jakie zachowania są problemowe lub nielegalne, o tyle brakuje konsensusu dotyczącego tego, co jest uznawane za normatywne zachowania seksualne w różnych momentach życia dziecka (Bonner, 2000; Elkovitch i in., 2009; Silovsky i in., 2013).

Seksualność jest zjawiskiem zależnym od rytmu przemian biologicznych, co powinno się brać pod uwagę, przyjmując normy. Są one konstruowane w oparciu na okresach rozwojowych, a więc kryteria odnoszące się do ustabilizowanego poziomu funkcjonowania typowego dla dorosłości będą odmienne od kryteriów określających kontinuum zdrowia dzieci i młodzieży. Ze względu na intensywność przemian zachodzących u dzieci i nastolatków, ich niedojrzałość psychiczną oraz zależność od opiekunów należy inny obszar zachowań uznać za mieszczący się w normie (Beisert, 2006).

Aktywność seksualna dziecka lub nastolatka mieści się w granicach normy, jeżeli:

1. Nie utrudnia realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu.

W każdym etapie rozwoju przed człowiekiem stoją określone zadania, np. opanowanie chodzenia, nauka pisania lub – w późniejszym okresie życia – podjęcie pracy. Aktywność seksualna dziecka nie powinna dominować nad charakterystycznymi dla wieku formami zadań rozwojowych ani ich utrudniać lub uniemożliwiać.

2. Mieści się w repertuarze zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku.

Do oceny tego kryterium niezbędna jest wiedza o prawidłowościach rozwoju seksualnego, które są zależne od etapu rozwojowego, na jakim znajduje się dziecko. Badania nad zachowaniami seksualnymi dzieci pozwalają określić ekspresję seksualną charakterystyczną dla danego etapu rozwojowego (Friedrich i in., 2012; Larsson i Svedin, 2002; Martin, 2014; Sandnabba i in., 2003).

3. Uczestniczą w niej osoby będące w zbliżonym wieku.

Kolejnym kryterium zaliczenia zachowania seksualnego do normy jest równa pozycja osób podejmujących dane zachowanie. Dla dzieci i młodzieży gwarantem równej pozycji jest niewielka różnica wieku, która powoduje, że uczestnicy interakcji w podobnym stopniu mogą decydować o jej przebiegu. Gdy aktywność seksualną podejmują osoby o bardzo różnych możliwościach intelektualnych, fizycznych i społecznych, istnieje niebezpieczeństwo ograniczania woli i wyboru osoby młodszej. Beisert (2006) sugeruje, że wymogiem jest tutaj przynależność do tej samej grupy rozwojowej.

4. Oparta jest na zasadzie dobrowolności.

Zachowania seksualne powinny być dobrowolne. W każdym wieku muszą być wolne od agresji, przymusu i przemocy (Bolton i in., 1990).

5. Prowadzi do realizacji celów seksualnych.

Warto zaznaczyć, że w przypadku dzieci i nastolatków zachowania seksualne mają często charakter polimotywacyjny. Oprócz dążenia do przyjemności czy obniżenia napięcia seksualnego mogą zaspokajać ciekawość (motyw poznawczy) lub dążenie do stworzenia więzi z drugą osobą.

6. Nie narusza zdrowia.

Niezależnie od płci i wieku każda aktywność seksualna nie powinna zagrażać zdrowiu uczestniczących w niej osób.

7. Nie narusza rażąco przyjętego porządku społecznego.

Chociaż aktywność seksualna jest uważana za intymną sferę życia, to jest podporządkowana ogólniejszym systemom norm, w tym prawnym i kulturowym, które definiują, jakie zachowanie mieści się w „porządku społecznym”.

Zachowania seksualne dzieci można podzielić na kilka kategorii, z których każda ma odpowiednik w zachowaniach dorosłych, przez co sprawiają trudność klasyfikacyjną. Co więcej, ekspresja każdego z tych zachowań może być klasyfikowana jako norma lub zachowanie pozanormatywne. Są nimi: przestrzeganie granic osobistych, ekshibicjonizm, zachowania związane z rolami płciowymi, autostymulacja, niepokój seksualny, zainteresowanie seksualnością, natarczywość seksualna, wiedza seksualna oraz zachowania voyeurystyczne (Friedrich i in., 1991).

Ponieważ PZS u dzieci są definiowane i oceniane w kategoriach odchyień od norm społecznych (Carpentier i in., 2006), konieczne jest uwzględnienie, w jakich normach społecznych i kulturowych żyje dziecko.

Problemowe zachowania seksualne

W 2006 r. amerykańska grupa *Board of Directors of the Association for the Treatment of Sexual Abusers* definiuje dzieci przejawiające PZS jako dzieci w wieku 12 lat i młodsze, które inicjują zachowania związane z okolicami ciała o charakterze seksualnym (tj. genitaliami, odbytem, pośladkami lub piersiami). Zachowania te są rozwojowo niewłaściwe lub potencjalnie szkodliwe dla nich samych lub dla innych dzieci (Chaffin i in., 2008).

Problemowe zachowania seksualne mogą obejmować zachowania, które są skoncentrowane na sobie (np. nadmierna/uporczywa masturbacja) lub dotyczą innych dzieci (np. pokazywanie lub oglądanie części intymnych, pieszczoty lub penetracja). Zachowania seksualne różnią się pod względem stopnia wzajemności lub przymusu oraz możliwości wyrządzenia krzywdy psychicznej lub fizycznej jednemu dziecku przez drugie. Zachowania seksualne są postrzegane jako rozwojowo niewłaściwe, gdy

- występują z większą częstotliwością lub w znacznie młodszym wieku niż byłoby to oczekiwane z punktu widzenia rozwoju dziecka bądź kultury, w jakiej dziecko żyje;
- stają się przedmiotem zainteresowania dziecka;
- powracają po interwencji/działaniach korekcyjnych osoby dorosłej (Allen, 2017; Elkovitch i in., 2009; Kellogg, 2010; Latzman i Latzman, 2015).

Wykazano różnice w obserwowanej charakterystyce dzieci przejawiających PZS w zależności od okresu rozwojowego. Na przykład w małej próbie (N = 37) dzieci w wieku 3–7 lat z tym problemem Silovsky i Niec (2002) stwierdzili, że 65% tej próby stanowiły dziewczynki. W badaniach z udziałem starszych dzieci (w wieku przedszkolnym) z PZS obserwowano natomiast większą

liczbę chłopców (Bonner i in., 1999). W wielu dostępnych w piśmiennictwie badaniach uwzględniano jednak dzieci w wieku od 6 lat i – co więcej – nie kontrolowano wpływu ich wieku na wyniki badań, co utrudnia wyciąganie wniosków dotyczących zmiennych, które mają znaczenie w charakterystyce PZS u dzieci. W piśmiennictwie PZS są niekiedy przedstawiane jako problem sam w sobie, a niekiedy – jako objaw. Autorki niniejszego artykułu zgadzają się co do tego, że PZS są problemem *per se*, ale jednocześnie uważają, że mogą być one objawem innych trudności i problemów. W zrozumieniu etiologii tych zachowań może pomóc model biopsychospołeczny.

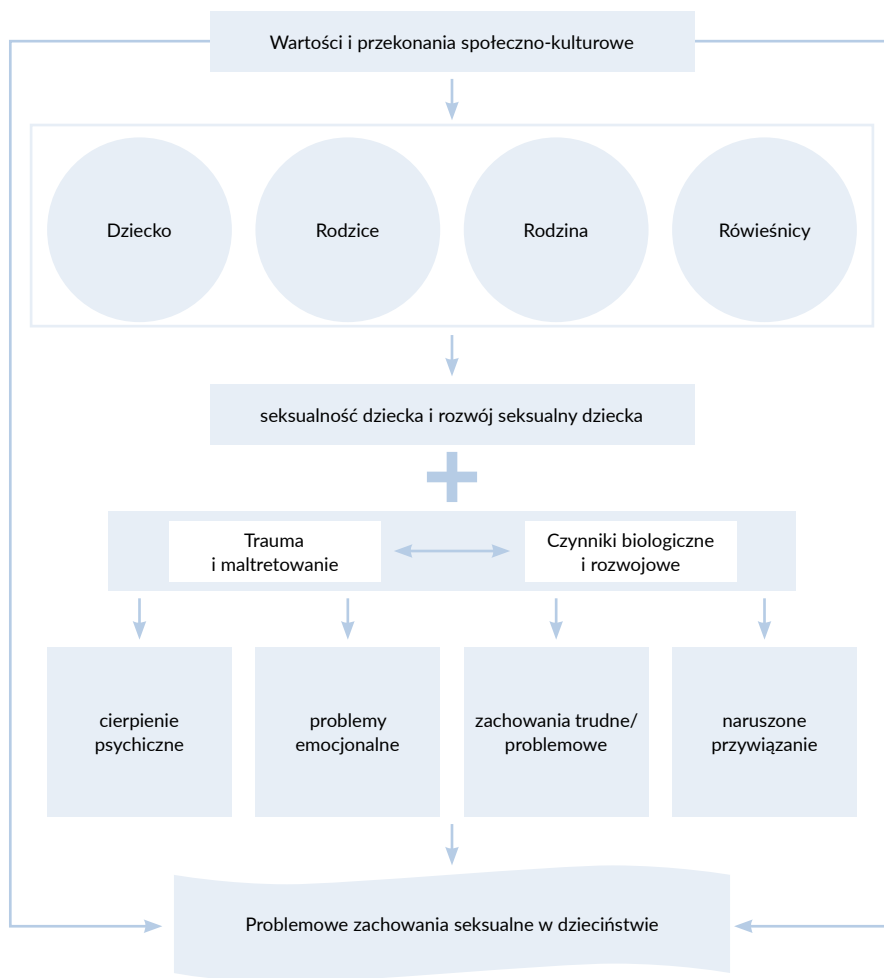
Model biopsychospołeczny dla problemowych zachowań seksualnych

Z przytoczonych danych oraz badań nad dziecięcymi zachowaniami seksualnymi, w których wykazano ich związki z szeroką grupą właściwości samych dzieci oraz ich otoczenia społecznego (Jones, 2014; Santtila i in., 2005; Schoentjes i in., 1999), wynika, że przy konceptualizowaniu PZS warto posłużyć się modelem biopsychospołecznym. Jones (2014) prezentuje ekologiczną perspektywę rozwojową na problemy z zachowaniami seksualnymi w dzieciństwie (rys.).

W tym modelu na zachowanie dobrze jest patrzeć przede wszystkim poprzez osadzenie go w kontekście, w jakim występuje, z uwzględnieniem wartości i przekonań społeczno-kulturowych. Są one silnie powiązane z wieloma reakcjami dorosłych na seksualność dziecka oraz jego rozwój seksualny i zachowania seksualne, w tym określanie, co jest normalne, a co nie, oraz jak reagować, gdy dotyczy to zachowań seksualnych (Jones, 2014). Uwzględnienie wartości kulturowych, przekonań, norm dziecka i rodziny ma pierwszorzędne znaczenie w świadczeniu wszelkich usług w zakresie zdrowia psychicznego, a zwłaszcza w pracy z dziećmi. Rasa, pochodzenie etniczne, religia, duchowość, czynniki społeczno-ekonomiczne i inne czynniki kulturowe mogą silnie wpływać na podatność, reakcję jednostek oraz ich rodzin na terapię dzieci z PZS.

Rysunek

Model biopsychospołeczny



Źródło: oprac. własne na podstawie: Jones, 2014.

Ze względu na delikatny charakter tematu ważne jest, aby klinicyści dysponowali wiedzą na temat przekonań, wartości, tradycji, praktyk rodziny i bliskiego środowiska dziecka dotyczących seksu. Obejmuje to także wypowiedziane i niewypowiedziane zasady dotyczące publicznego oraz prywatnego zachowania w odniesieniu do relacji, intymności i własnego ciała. Przekonania o stosowności dotykania przez dzieci własnych okolic intymnych i masturbacji są silnie utrzymywane transgeneracyjnie oraz bezpośrednio wpływają na podatność na oddziaływania terapeutyczne. Wynika z tego wiele wyzwań etycznych w pracy w obszarze seksualności dziecka. Nierzadko

okazuje się, że u zgłaszających się rodziców obraz normy dziecięcej ekspresji seksualnej jest odmienny od uznanych kryteriów. Zalecenia do pracy terapeutycznej są oparte na fundamencie naukowym wynikającym z badań nad danym zagadnieniem, natomiast ludzie ogólnie cechują się tendencją do opierania się na dostępnych kulturowo przekonaniach przy wyciąganiu wniosków na temat tego, co jest dobre dla nich oraz dla osób, na których im zależy. Nie zawsze te przekonania mogą zastąpić naukowe ustalenia dotyczące tego, co jest korzystne, a co niekorzystne dla dziecka. Może to jednak wpływać na decyzję o zwróceniu się o pomoc do specjalisty. Rodzic i dziecko znajdują się w niesymetrycznej relacji, z której wynika m.in. prawo do decydowania o sprawach istotnych dla dziecka, np. o zgodzie na oddziaływania terapeutyczne. (Bromberg i O'Donohue, 2013). Złożoność problemu etycznego polega m.in. na dążeniu do spójnego rozumienia zachowania dziecka jako problemowego lub nie oraz celu terapii z uwzględnieniem przekonań oraz wartości kulturowych i religijnych. Warto pamiętać, że zaangażowanie rodzin w proponowane elementy pracy jest większe, gdy czują one, że klinicyści rozumieją ich przekonania i wartości kulturowe (Carpentier i in., 2006), co jednak nie znaczy, że specjalista ma się z tymi przekonaniem zgadzać.

Rozwój seksualności dziecka – ze względu na specyfikę i tempo zachodzących zmian we wszystkich obszarach jego ogólnego rozwoju – jest procesem dynamicznym i intensywnym. Ze względu na bezpośredni związek seksualności z płciowością seksualność dziecka będziemy postrzegać na trzech wymiarach: biologicznym, psychicznym (emocjonalnym) i społecznym. Wymiar biologiczny naszej seksualności będzie związany z ciałem, fizjologią, narządami, działaniem hormonów oraz procesami uwarunkowanymi genetycznie (np. dojrzewaniem płciowym i zachodzącymi w jego wyniku zmianami w ciele). W związku z tym, że jako istoty ludzkie czujemy i przeżywamy różne emocje, sfery seksualnej nie da się oddzielić od uczuć i zmysłów. Wymiar psychiczny seksualności będzie więc związany z uczuciami i emocjami, odczuwaniem przyjemności, ekscytacji czy zaciekawienia związanego z własnym ciałem bądź ciałem drugiego człowieka lub uczucia wstydu, niepokoju czy zażenowania związanego z własną seksualnością. Będą to również myśli związane z seksualnością, a także fantazje i wyobrażenia, które mogą pojawiać się na różnych etapach rozwoju. W dużej mierze uczucia dotyczące tej sfery życia zależą od wychowania, wartości i religijności oraz podejścia do spraw związanych z seksualnością prezentowanego przez rodziców. Tak więc uzupełniającym wymiarem jest wymiar społeczny. Człowiek od urodzenia funkcjonuje w grupie społecznej, najpierw jest nią rodzina, następnie szerszy krąg ludzi – rówieśnicy w przedszkolu czy na podwórku, dzieci w szkole, znajomi i wreszcie społeczeństwo. Dziecko zaczyna wchodzić w relacje z innymi ludźmi (w sferze zarówno psychicznej, jak i fizycznej). Uczy się norm, zasad i zakazów związanych z funkcjonowaniem w społeczeństwie, także tych dotyczących

seksualności i intymności. Zaczyna rozumieć, co mu wolno, a czego nie wolno, oraz jakie są granice kontaktu z drugą osobą, rodzicami, rówieśnikami czy obcymi. Dowiaduje się, że istnieje podział na role męskie i kobiece oraz jakie są oczekiwania społeczne z tym związane (Zielona-Jenek i Chodecka, 2010). Wzajemne wpływy wymienionych wymiarów będą stanowić o ekspresji seksualnej na danym etapie rozwoju oraz będą czynnikami mogącymi jednocześnie wspierać i zaburzać ten rozwój. Jak konkludują w swojej książce Zielona-Jenek i Chodecka (2010), „zmiany w obrębie seksualności dziecka przebiegają równoległe do zmian jego ciała, sposobu myślenia, doświadczania emocji, zmian w relacjach społecznych oraz w wartościach i znaczeniu, jakie nadaje swoim zachowaniom”.

Ze względu na rosnącą wiedzę o neuroróżnorodności dzieci i jej świadomość społeczną istotne wydaje się szersze omówienie wpływu czynników biologicznych oraz rozwojowych na seksualność i zachowania seksualne w dzieciństwie. Czynniki te obejmują płeć, wiek, etap rozwojowy, rasę i pochodzenie etniczne, schorzenia organiczne, czynniki neurobiologiczne, opóźnienia rozwojowe i zdolności poznawcze. Warto zauważyć, że czynniki neurobiologiczne mogą determinować występowanie różnych form zachowań seksualnych, w tym problemowych, co wydaje się być niedoszacowane w obecnej ocenie klinicznej zgłaszanych zachowań. Dotyczy to np. pewnej zdolności osób (z diagnozą ASD lub autyzmu) do przyswajania społecznych i komunikacyjnych umiejętności wraz z interpretacją zachowań ludzi. Utrudnienie w zrozumieniu kontekstu (nieumiejętność adekwatnej oceny sytuacji jako zawierającej komponent o charakterze intymnym lub go niezawierającej), intencji i uczuć innych może prowadzić do pojawienia się nieadaptacyjnych lub wręcz nieodpowiednich czy przekraczających zachowań seksualnych względem siebie lub innych ludzi (Dubin, 2014; Gulczyńska i Wojciechowska, 2015). Podobnie, dzieci z utrudnionym hamowaniem reakcji (tj. impulsywnością) są w grupie ryzyka szerokiej gamy nieprzystosowawczych zachowań w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości, w tym ryzykownych zachowań seksualnych (Fergusson i in., 2013; Kahn i in., 2002). Badania wskazują także, że pozanormatywna masturbacja w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym współwystępuje u dzieci z rozpoznaniem ADHD (Izadi-Mazidi i Riahi, 2020; Kraśniej-Dębkowska i Józwiak, 2016; Unal, 2000). Badacze zauważyli również, że trudności w przetwarzaniu danych sensorycznych (Green i in., 2016) pozostają w związku z rozwojem seksualnym.

Chociaż na rozwój seksualny dziecka i wyrażanie zachowań seksualnych może wpływać wiele czynników, to wykazano wyraźny i silny związek między zachowaniami seksualnymi w dzieciństwie a nadużyciem fizycznym lub seksualnym oraz narażeniem na przemoc, zaniedbanie i inne formy traumy. Te wpływy wydają się zmieniać trajektorię rozwojową dziecka, powodując stres psychiczny, społeczny i emocjonalny.

Cierpienie i zakłócenie w obrębie mikrosystemu skutkują zatrzymaniem rozwoju, które objawia się problemami relacyjnymi, emocjonalnymi i behawioralnymi, zaburzeniami psychicznymi oraz osłabionymi przywiązaniami. Strzałki na modelu reprezentują transakcje ekologiczne, które wpływają na dziecko, gdy zachodzą między czynnikami ryzyka a czynnikami ochronnymi. Zgodnie z wynikami badań problemy z zachowaniami seksualnymi w dzieciństwie wynikają z wielu złożonych czynników występujących i współwystępujących w różnych wymiarach życia dziecka, w tym w rodzinie.

Problemowe zachowania seksualne – interwencje w terapii poznawczo-behawioralnej

Zalecenia NICE dotyczące postępowania w przypadku PZS u dzieci obejmują terapię poznawczo-behawioralną, terapię wielosystemową, podejście oparte na mocnych stronach i terapię rodzinną systemową prowadzone indywidualnie, grupowo lub rodzinnie (Garrett i in., 2018; Janas-Kozik i in., 2017).

Interwencje poznawczo-behawioralne w pracy z PZS można podzielić na kilka rodzajów:

- PZS – terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci w wieku przedszkolnym (*PBS CBT pre-school*; Silovsky i Niec, 2002);
- PZS – terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci w wieku szkolnym (*PSB CBT school aged*; Silovsky i in. 2013);
- oparty na dowodach program psychoedukacyjny terapii poznawczo-behawioralnej dla dzieci z PZS i ich rodziców/opiekunów (Barry i Harris, 2019);
- terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT PBS; Deblinger i in., 2015);
- program grupowy terapii poznawczo-behawioralnej opartej na grach dla dzieci, które doświadczyły wykorzystywania seksualnego (GB-CBT; Misurell i in., 2011).
W tabeli przedstawiono krótką charakterystykę każdego z nich.

Chociaż opracowano protokoły leczenia w wymienionych podejściach terapeutycznych, to jednak podręczniki do nich nie są powszechnie dostępne. W związku z tym trudno śledzić szczegółowy plan oddziaływań terapeutycznych. Badacze (St Amand i in., 2008; Carpentier i in., 2006; Chaffin i in., 2008; Silovsky i in., 2007) przeprowadzili jednak systematyczną analizę badań i piśmiennictwa dotyczących terapii PZS oraz podręczników leczenia w celu zidentyfikowania skutecznych narzędzi/zasad w pracy z dziećmi z PZS. Wykaz dobrych praktyk zaprezentowano raporcie MNCASA (2017).

Tabela

Interwencje poznawczo-behawioralne w pracy z problemowymi zachowaniami seksualnymi

PZS jako pierwszy cel leczenia			PZS jako drugorzędowy cel leczenia skutków wykorzystywania seksualnego dzieci		
	PZS – terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci w wieku przedszkolnym (PBS CBT pre-school; Silovsky i Niec, 2002)	PZS – terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci w wieku szkolnym (PSB CBT school aged; Silovsky i in., 2013)	Oparty na dowodach program psychoedukacyjny terapii poznawczo-behawioralnej dla dzieci z PZS i ich rodziców/opiekunów (Barry i Harris, 2019)	Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT PBS; Deblinger i in., 2015)	Program grupowy terapii poznawczo-behawioralnej opartej na grach dla dzieci, które doświadczyły wykorzystywania seksualnego (GB-CBT; Misurell i in., 2011)
wiek	Dzieci w wieku 3–6 lat z PZS i ich opiekunowie	Dzieci w wieku 6–12 lat z PZS i ich opiekunowie	Dzieci w wieku 6–12 lat (do 14 lat w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną) z PZS i ich rodzice/opiekunowie	Dzieci w wieku 3–18 lat i ich rodzice/opiekunowie	Dzieci w wieku 5–10 lat i ich rodzice/opiekunowie
rodzaj terapii	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia grupowa dla dzieci w wieku 3–6 lat oraz równoległa dla ich rodziców/opiekunów. – Zalecana wielkość grupy to 5–7 dzieci. – Grupa ma charakter zamknięty. – Program może być oferowany indywidualnym rodzinom, gdy terapia grupowa nie jest odpowiednią opcją. 	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia grupowa dla dzieci w wieku 6–9 lat (5–8 dzieci w grupie) i 10–12 lat (5–8 dzieci w każdej grupie). – Można utworzyć jedną grupę opiekunów dzieci z połączonych przedziałów wiekowych lub oddzielne grupy opiekunów w zależności od decyzji wynikających z założeń programu. – Grupa ma charakter otwarty, dzieci mogą ukończyć program w ciągu 4–5 mies. – Program może być oferowany indywidualnym rodzinom, gdy grupa nie jest odpowiednią opcją. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interwencja grupowa była realizowana w trzech oddzielnych grupach, które odbywały się jednocześnie przez godzinę i kwadrans co tydzień: grupa rodziców/opiekunów, grupa dla dzieci w wieku 11–13 lat i grupa dla dzieci w wieku 8–10 lat. Jest to program siedmiomodułowy z 13 oddzielnymi sesjami dla dzieci i rodziców/opiekunów oraz pięćma sesjami łączonymi. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sesje TF-CBT są zazwyczaj podzielone na dwie części – pierwsza obejmuje indywidualne sesje z dzieckiem, a druga – indywidualne sesje z opiekunem(-ami). – Cotygodniowe 30–45-min. sesje dla dziecka i rodzica osobno do czasu zakończenia leczenia; następnie wliczone są sesje łączone trwające 30–45 min. 	<p>Połączenie trzech powszechnych podejść do leczenia wykorzystywania seksualnego dzieci:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT), b) <i>play therapy</i>, c) terapia grupowa. <p>Każda sesja trwa 1,5 godz. i jest wysoce ustrukturyzowana</p>
czas trwania	12–14 sesji	4–5 mies.	12–18 sesji	12–18 tyg.	12 sesji
interwencje	<ul style="list-style-type: none"> – Modelowanie, obserwowanie oraz dostarczanie konstruktywnej i korygującej informacji zwrotnej na temat umiejętności dzieciom i ich rodzicom lub opiekunom. – Zorganizowany program leczenia i świadczeniodawcy, którzy stosują podejście dyrektywne. – Zajmowanie się komponentami klinicznymi z dziećmi i opiekunami. – Zasady dotyczące zachowań seksualnych. – Granice. – Umiejętności zapobiegania nadużyciom. – Umiejętności regulacji emocjonalnej i radzenia sobie. – Umiejętności kontrolowania impulsów i rozwiązywania problemów. – Edukacja seksualna. – Umiejętności społeczne i relacje z rówieśnikami. – Zajęcie się dodatkowymi komponentami klinicznymi dla opiekunów (w razie potrzeby). – Szkolenie rodziców w zakresie zachowań służących zapobieganiu i reagowaniu na PZS oraz inne problemy behawioralne u dzieci. – Ogólny rozwój dziecka, w tym rozwój seksualny i moralny. – Wyjaśnienie nieporozumień dotyczących PZS u dzieci oraz ich implikacji dla dziecka i rodziny. – Wsparcie dla rodziców i innych zaangażowanych opiekunów. 		<p>Teoria leżąca u podłoża i elementy leczenia wywodzą się głównie z PBS CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zasady dotyczące zachowań seksualnych – Uczucia – Relaksacja – Samokontrola i zarządzanie zachowaniem – Umiejętności społeczne – Zapobieganie nadużyciom i edukacja seksualna – Zarządzanie zachowaniem i konsekwencjami 	<p>PRACTISE MODEL</p> <p>Podstawowe elementy terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie (TF-CBT) obejmują stopniową ekspozycję, którą zawierają wszystkie komponenty, aby pomóc dzieciom w opanowaniu korzystania z umiejętności, gdy pojawi się wspomnienie traumy lub jej sygnały. Składnikami programu są:</p> <p>P – Psychoedukacja i umiejętności rodzicielskie;</p> <p>R – Techniki relaksacyjne. Skoncentrowane oddychanie, progresywna relaksacja mięśni i nauczanie dziecka kontroli myśli (zatrzymywanie myśli).</p> <p>A – Ekspresja afektu i regulacja. Pomoc dziecku i rodzicowi w nauce kontrolowania reakcji emocjonalnych poprzez poszerzenie słownictwa emocjonalnego, poprawę umiejętności rozpoznawania i wyrażania emocji oraz zachęcanie do samoukojenia.</p> <p>C – Poznawcze radzenie sobie. Dzięki temu komponentowi dziecko uczy się rozumieć relacje między myślami, uczuciami i zachowaniami oraz myśleć w nowy i zdrowszy sposób.</p> <p>T – Narracja i przetwarzanie traumy. Ćwiczenia stopniowej ekspozycji, w tym słowne, pisemne lub symboliczne (tj. wykorzystywanie lalek, sztuki, marionetek itp.), opowiadanie traumatycznych wydarzeń, aby dziecko nauczyło się rozmawiać o wydarzeniach, przez wybieranie sposobu, który nie wywołuje przytłaczających emocji. Po zakończeniu narracji klienci są wspierani w identyfikowaniu, kwestionowaniu i korygowaniu zniekształceń poznawczych i dysfunkcyjnych przekonań.</p> <p>I – Ekspozycja <i>in vivo</i>. Zachęcanie do stopniowego wystawiania się na czynniki przypominające o traumie w środowisku dziecka (np. piwnica, ciemność, szkoła itp.), aby dziecko nauczyło się, że może kontrolować swoje reakcje emocjonalne na rzeczy, które przypominają mu o traumie, zaczynając od niezagrażających czynników.</p> <p>C – Wspólne sesje rodzic/dziecko. Zazwyczaj odbywają się pod koniec leczenia, ale mogą być inicjowane wcześniej, gdy dzieci mają poważne problemy z zachowaniem, aby rodzice zostali wyposażeni w umiejętności zarządzania tym zachowaniem. Sesje na ogół dotyczą psychoedukacji, dzielenia się narracją traumy, radzenia sobie z lękiem i korygowaniem zniekształceń poznawczych. Rodzina pracuje nad usprawnieniem komunikacji i stworzeniem okazji do terapeutycznej dyskusji na temat traumy.</p> <p>E – Zwiększenie bezpieczeństwa osobistego i przyszłego rozwoju: szkolenie i edukacja w zakresie umiejętności dbania o bezpieczeństwo osobiste i zdrową seksualność / relacje interpersonalne; zachęcanie do wykorzystywania nabytych umiejętności w radzeniu sobie z przyszłymi stresorami i/lub przypominaniem o traumie.</p>	<p>Teoria leżąca u podłoża i elementy leczenia wywodzą się głównie z TF-CBT (Cohen i in., 2006; Deblinger i in., 2015). GB-CBT obejmuje dwie grupy interwencji: trening umiejętności społecznych i edukację/leczenie dotyczące wykorzystania seksualnego. To dwutorowe podejście do leczenia ma na celu systematyczną poprawę umiejętności społecznych członków grupy (np. samoregulację, zarządzanie gniewem, ekspresję emocjonalną), radzenie sobie z traumatycznymi objawami, zapewnienie psychoedukacji, która służy zwalczaniu zniekształceń poznawczych (np. że dziecko było odpowiedzialne za wykorzystywanie) oraz poprawić zdolności dbania o własne bezpieczeństwo członków grupy.</p> <p>W pierwszej połowie programu dzieci są socjalizowane w grupie, rozwijają relacje, uczą się, czym jest przestrzeń osobista i granice, rozwijają umiejętności wyrażania i rozpoznawania emocji oraz poznają strategie zarządzania gniewem i umiejętność samoregulacji.</p> <p>Druga połowa programu dotyczy stricte wykorzystania seksualnego i składa się z następujących elementów: psychoedukacji na temat wykorzystania, stopniowej ekspozycji na objawy związane z traumą i lękiem, psychoedukacji i szkolenia w zakresie umiejętności samoobrony oraz budowania umiejętności radzenia sobie ze stresem.</p> <p>Podczas sesji ekspozycji członkowie grupy uczestniczą w DAG (<i>developmentally appropriate games</i>), które ułatwiają ujawnienie doświadczeń związanych z nadużyciem. Początkowo odbywa się to poprzez gry pasywne. Dzieci są prośzone o niewerbalne potwierdzenie różnych aspektów wykorzystywania. W miarę trwania grupy, dzieci uczestniczą w grach, które prowokują szczegółowy opis ich doświadczeń związanych z wykorzystywaniem. Działania prowadzone są w atmosferze wsparcia i otwartości. Dzieci mają wystarczająco dużo czasu na przetworzenie w grupie swoich odczuć związanych z ujawnieniem się.</p>

Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka Vol. 21 Nr 4 (2022)

97

Źródło: oprac. własne na podstawie: Barry i Harris, 2019; Deblinger i in., 2015; Misurell i in., 2011; Silovsky i Niec, 2002; Silovsky i in. 2013.

Podstawowe zasady skutecznego oddziaływania dla PZS

- Leczenie musi bezpośrednio dotyczyć PZS i być dostosowane do etapu rozwojowego dziecka, biorąc pod uwagę stopień rozwoju poznawczego, dojrzałości emocjonalnej i spektrum zachowań charakterystycznych dla danego wieku.
- Terapie behawioralna, poznawczo-behawioralna i skoncentrowana na rodzinie oraz grupy psychoedukacyjne wydają się mieć przewagę nad nieustrukturyzowaną terapią wspierającą lub nieustrukturyzowaną terapią zabawą.
- Podejścia te oferują wiele skutecznych narzędzi uczących umiejętności kontroli impulsów, strategii radzenia sobie, kwestii dotyczących granic i pracy nad poprawą relacji dziecko–opiekun.
- Niezbędne w skutecznej terapii jest bezpośrednio zaangażowanie rodzica/opiekuna w leczenie.
- Wymienione terapie wyposażają opiekunów w umiejętności pracy z zachowaniem trudnym/niepożądanym (Carpentier i in., 2006; Silovsky i in., 2007).
- Praca z dziećmi z PZS z objawami traumy będzie najskuteczniejsza w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowanej na zarówno objawy stresu porażkowego (w przypadku traumy związanej z wykorzystaniem seksualnym), jak i PZS (Carpentier i in., 2006)

Elementy pracy z rodzicami i opiekunami

Wprowadzenie treningu umiejętności rodzicielskich jest elementem zwiększającym skuteczność w pracy z dziećmi z różnymi problemami behawioralnymi. Rodzic staje się koterapeutą dla swoich dzieci za sprawą nauki konkretnych umiejętności. Celem jest wzrost pożądanых zachowań dziecka i zmniejszenie tych problemowych, poprawa interakcji dziecko–rodzic i stworzenie pozytywnej atmosfery rodzinnej. Sesje z rodzicami mogą odbywać się indywidualnie lub w grupie rodziców. Efektywne oddziaływania dla rodziców dzieci z PZS obejmują następujące elementy:

- Opracowanie i wdrożenie planu bezpieczeństwa (np. do nadzoru, monitorowania zachowań i komunikacji z innymi dorosłymi).
- Przekazanie wiedzy odnośnie do rozwoju seksualnego dziecka i mieszczących się w normie zachowań charakterystycznych dla danego wieku. Rozróżnienie zachowań problemowych od rozwojowych.
- Edukacja seksualna oraz dotycząca tego, jak słuchać i rozmawiać z dziećmi o sprawach wynikających z rozwoju seksualnego.

- Strategie rodzicielskie mające na celu budowanie pozytywnych relacji z dziećmi i rozwiązywanie problemów z zachowaniem.
- Nauka umiejętności wspierania dzieci w wykorzystaniu strategii samokontroli wyuczonych w trakcie terapii.
- Budowanie relacji i okazywanie dzieciom uczuć w sferze fizycznej.
- Kierowanie dziecka do wspierających rozwój grup rówieśniczych (Chaffin i in., 2008).

Elementy pracy z dziećmi

Efektywne praktyki w pracy z dziećmi z PZS obejmują wiele wspólnych elementów:

- Dostarczenie wiedzy o zasadach dotyczących zachowań seksualnych i fizycznych granicach.
- Wprowadzenie odpowiedniej do etapu rozwojowego edukacji seksualnej.
- Ćwiczenie konkretnych strategii radzenia sobie i samokontroli, w tym umiejętności relaksacyjnych, umiejętności rozwiązywania problemów (zachęcanie do zatrzymania się i myślenia przed działaniem).
- Wyposażenie dzieci w podstawowe umiejętności w zakresie zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu/bezpieczeństwa (Carpentier i in., 2006; Chaffin i in., 2008).
- W przypadku dzieci powyżej 7 r.ż. metody pracy powinny być uzupełnione o identyfikowanie i rozpoznawanie niestosowności zachowań seksualnych, planowanie sposobów zapobiegania przyszłym działaniom z tego obszaru oraz przeprosiny za zachowania seksualne naruszające normy (Chaffin i in., 2008; Carpentier, Silovsky, Chaffin, 2006).
- Elementy oddziaływań przeznaczonych dla nieletnich lub dorosłych przestępców seksualnych (konfrontacja, opanowanie pobudzenia, wymagania dotyczące szczegółowego przyznania się do wszystkich zachowań, badanie fantazji seksualnych, zapobieganie nawrotom, cykl napaści, uwodzenie, kompulsywność) nie są uważane za odpowiednie dla dzieci z PZS (Carpentier i in., 2006; St-Amand i in., 2008).

Wskazane elementy pracy w podejściu poznawczo-behawioralnym jako efektywne w pracy z PZS kładą nacisk nie tylko na samo zachowanie i jego rozumienie przez dziecko, lecz także na środowisko jako kontekst, który może na to zachowanie wpływać. Jest to zatem spójne z modelem biopsychospołecznym, który w opinii autorek artykułu wydaje się użyteczny w dobrym skonceptualizowaniu zachowania

problemowego oraz współgra z głównymi elementami zalecanych dla tej trudności terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym jako krótkoterminowych terapii edukacyjnych angażujących dziecko i jego opiekunów (Jenkins i in., 2020)

Podsumowanie

Zaprezentowany w niniejszym artykule sposób rozumienia PZS jest spójny z aktualną wiedzą dotyczącą ich diagnostyki i terapii. Model biopsychospołeczny pozwala na kompleksowe zrozumienie problemu umożliwiające pełną konceptualizację. Obejmuje czynniki charakterystyczne dla pracy z dzieckiem. Potwierdzone dowodami naukowymi elementy pracy w przedstawionych powyżej terapiach są kompatybilne ze sposobem rozumienia powstawania problemowych zachowań seksualnych przedstawionym w modelu biopsychospołecznym. Kładą one nacisk nie tylko na samo zachowanie zaburzające harmonijny rozwój dziecka, ale również uwzględniają dynamikę rozwoju samego dziecka, a także czynniki środowiskowe jako kontekst tego rozwoju, które mogą wpływać na ekspresję seksualną dziecka definiowaną jako problemowe zachowania seksualne. Tym samym spójna konceptualizacja współgrająca z adekwatnymi zalecanymi narzędziami pracy staje się kompletnym sposobem oddziaływania w pomocy dziecku i jego otoczeniu w rozumieniu ekspresji seksualnej oraz planowaniu adekwatnych interwencji. Warto zaznaczyć, że tematyka PZS u dzieci i młodych dorosłych wymaga dalszych badań prowadzących do opracowania spójnych kryteriów diagnostycznych ułatwiających rozumienie tego problemu specjalistom, rodzicom i opiekunom.

E-maile autorek: kkierzek@swps.edu.pl, martyna.dziekan@amu.edu.pl.

Bibliografia

- Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0633-8>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barry, S., Harris, E. (2019). The children's programme: a description of a group and family intervention for children engaging in problematic and harmful sexual behaviour and their parents/carers. *Journal of Sexual Aggression*, 25, 193–206.
- Bolton F.G. Jr., Morris L.A., MacEachron A.E. (1990). *Males at risk: the other side of child sexual abuse*. Sage.
- Bonner, B. (2000). When does sexual play suggest a problem? W: H. Dubowitz, D. DePanfilia (red.), *Handbook for child protection practice* (s. 209–212). SAGE Publications.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., Berliner, L. (1999) *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment-final report* (Grant No. 90-CA-1469). U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect.
- Bromberg, D. S., O'Donohue, W. T. (red.). (2013). *Handbook of child and adolescent sexuality: Developmental and forensic psychology*. Academic Press.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482–488. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.482>
- Carpentier, M., Silovsky, J. F., Chaffin, M. (2006). 10 year follow-up supports cognitive-behavioral treatment for children with sexual behavior problems: Implications for services, treatment implementation, and future directions. *ATSA Forum*, 1–21.
- Casteels, K., Wouters, C., Van Geet, C., Devlieger, H. (2004). Video reveals self-stimulation in infancy. *Acta Paediatrica*, 93(6), 844–846.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Silovsky, J. F., Madden, C. (2008). Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199–218. <https://doi.org/10.1177/1077559507306718> (2008)
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2006). *Treatment trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.

- Davies, S. L., Glaser, D., Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1329–1343. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00184-8](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00184-8)
- Deblinger, E., Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage.
- Deblinger, E., Behl, L. E., Glickman, A. R. (2012). Leczenie dzieci, które doświadczyły wykorzystania seksualnego. W: P. C. Kendall (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne* (s. 365–396). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., Heflin, A. H. (2015). *Child sexual abuse: A primer for treating children, adolescents, and their nonoffending parents*. Oxford University Press.
- Dubin, N. (2014). Moja historia. W: T. Attwood, I. Hénault, N. Dubin (red.), *Seksualność osób z autyzmem w kontekście prawnym*. Harmonia Universalis.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 586–598. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.006>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2013). Childhood selfcontrol and adult outcomes: Results from a 30-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 709–717. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.04.008>
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., Bielke, R. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456–464.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., Shafran, C. R. (2012). Normatywne zachowania seksualne u dzieci-nowe ustalenia badawcze. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(4), 51–69.
- Garrett, E., Doherty, A., Hann, G. (2018). Harmful sexual behaviour among children and young people: NICE guideline 2016. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, 103(3), 141–145.
- Green, D., Chandler, S., Charman, T., Simonoff, E., Baird, G. (2016). Brief report: DSM-5 sensory behaviours in children with and without an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3597–3606. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2881-7>
- Gulczyńska, A., Wojciechowska, A. (2015). Potrzeba seksualna u osób ze spektrum autyzmu. *Studia Edukacyjne*, 34, 211–223.
- Izadi-Mazidi, M., Riahi, F. (2020). Pathological childhood masturbation in children who referred to a child and adolescent psychiatric clinic. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 11(3):e65121. <https://doi.org/10.5812/compreped.65121>.

- Janas-Kozik, M., Cichoń, L., Jelonek, I. (2017). Omówienie wytycznych National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016) dotyczących szkodliwych zachowań seksualnych wśród dzieci i młodych ludzi (do 25. roku życia) – Harmful sexual behaviour among children and young people. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 17, 260–269.
- Jenkins, C. S., Grimm, J. R., Shier, E. K., van Dooren, S., Ciesar, E. R., Reid-Quiñones, K. (2020). Preliminary findings of problematic sexual behavior-cognitive-behavioral therapy for adolescents in an outpatient treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 105:104428. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104428>
- Jones, K. S. (2014). *Childhood sexual behavior: An integrated developmental ecological assessment approach*. <https://aura.antioch.edu/etds/276>
- Kahn, J. A., Kaplowitz, R. A., Goodman, E., Emans, S. J. (2002). The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health*, 30, 229–232. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00391-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00391-3)
- Kellogg, N. D. (2010). Sexual behaviors in children: Evaluation and management. *American Family Physician*, 82(10), 1233–1238.
- Kraśniej-Dębkowska, A., Józwiak, S. (2016). Onanizm w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym – rozpoznanie, różnicowanie i leczenie. *Neurologia Dziecięca*, 25, 43–46. <https://doi.org/10.20966/chn.2016.51.384>
- Larsson, I., Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison. *Child Abuse & Neglect* 26, 247–266.
- Latzman, N. E., Latzman, R. D. (2015). Exploring the link between child sexual abuse and sexually intrusive behaviors: The moderating role of caregiver discipline strategy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 480–490. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9860-9>
- Mallants, C., Casteels, K. (2008). Practical approach to childhood masturbation – a review. *European Journal of Pediatrics*, 167(10), 1111–1117. <https://doi.org/10.1007/s00431-008-0766-2>
- Martin, K. A. (2014). Making sense of children's sexual behavior in child care: An analysis of adult responses in special investigation reports. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1636–1646. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.002>
- Misurell, J. R., Springer, C., Tryon, W. W. (2011). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: a preliminary investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(1), 14–36. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.540000>

- MNCASA. (2017). *Children with sexual behavior problems: research on best practices, current systems, and policy and practice recommendations to improve Minnesota's ability to provide early identification and intervention services*. Minnesota Coalition Against Sexual Assault.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannas, M., Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27, 579–605.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Wannas, M., Krook, K. (2005). Multivariate structure of sexual behaviors in children: as sociations with age, social competence, life stressors, and behavioral disorders. *Early Child Development and Care*, 175(1), 3–21.
- Schoentjes, E., Deboutte, D., Friedrich, W. (1999). Child Sexual Behavior Inventory: A Dutch-speaking Normative Sample. *Pediatrics*, 104(4), 885–893.
- St-Amand, A., Bard, D. E., Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145–166. <https://doi.org/10.1177/1077559508315353>
- Silovsky, J. F., Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187–197.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378–391. <https://doi.org/10.1080/15374410701444330>
- Silovsky, J. F., Swisher, L. M., Widdifield, Jr., J. W., Turner, V. L. (2013). Children with sexual behaviors. *Handbook of Child and Adolescent Sexuality, Chapter 20*, 497–518. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-387759-8.00020-9>
- Swisher, L. M., Silovsky, J. F., Stuart, R. H., Pierce, K. (2008). Children with sexual behavior problems. *Juvenile and Family Court Journal*, 59(4), 49–69. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2008.00021.x>
- Unal, F. (2000). The clinical outcome of childhood masturbation. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 42(4), 304–307.
- WHO. (1992). *ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline*. World Health Organization.
- Zielona-Jenek, M., Chodecka, A. (2010). *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem: rozwój seksualny dziecka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Conceptualization of problematic sexual behavior in a biopsychosocial model and reviewing evidence-based cognitive-behavioral therapies

Problem sexual behaviors are behaviors initiated by children 12 years of age and younger that involve sexual body parts (i.e., genitals, anus, buttocks, or breasts). These behaviors are classified as developmentally inappropriate or potentially harmful to themselves or others. This is a problem that is increasingly being addressed by professionals, and there is a dearth of studies on the topic in the Polish-language literature. The aim of this article is to conceptualize problematic sexual behavior on the basis of a biopsychosocial model. In order to better understand the essence of problematic sexual behaviors of adolescents, it is necessary to refer to normative behaviors and diagnostic criteria and guidelines. The review of available methods of work in the cognitive-behavioral trend allows for effective planning of therapeutic interventions, taking into account the context of work with the environment in which the child lives.

KEYWORDS

PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, BIOPSYCHOSOCIAL MODEL, CHILDREN, ADOLESCENTS

Cytowanie:

Kierzek, K., Dziekan, M. (2022). Konceptualizacja problemowych zachowań seksualnych w modelu biopsychospołecznym i przegląd dostępnych terapii poznawczo-behavioralnych opartych na dowodach. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 21(4), 86–105.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości