

BARBARA BONNER

University of Oklahoma, Health Sciences Center
Center on Child Abuse and Neglect

Dzieci przejawiające problemy z zachowaniami seksualnymi – diagnoza i terapia

W niniejszym artykule przedstawiono program terapii poznawczo-behawioralnej dla dzieci, który okazał się niezwykle skuteczny w przeciwdziałaniu dalszym problemom z zachowaniami seksualnymi.

dzieckokrzywdzone.pl

Wprowadzenie

Od końca lat 80. XX wieku przedstawiciele systemu ochrony zdrowia psychicznego poświęcają coraz więcej uwagi dzieciom przejawiającym niewłaściwe lub agresywne zachowania seksualne (Friedrich, Luecke 1988; Johnson 1988; Bonner i in. 1999; Chaffin i in. 2002).

W latach 90. w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono dwa duże badania poświęcone skuteczności różnych metod terapeutycznych. Początkowo ich wyniki wskazywały, że zarówno podejście dynamiczne, czyli terapia oparta na doświadczeniu, jak i podejście poznawczo-behawioralne, czy

też terapia zapobiegająca nawrotom, skutecznie przeciwdziałają niewłaściwym lub agresywnym zachowaniom seksualnym u dzieci (Bonner i in. 1999; Pithers i in. 1998). Jednak przeprowadzone ostatnio dziesięcioletnie podłużne badanie sprawdzające wykazało, że w porównaniu z dynamiczną terapią przez zabawę, krótkoterminowa, zogniskowana terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy* – CBT) jest bardziej skuteczna w obniżaniu poziomu niewłaściwych lub agresywnych zachowań seksualnych u dzieci (Carpentier i in. 2006).

Definicje

Dzieci przejawiające problemy z zachowaniami seksualnymi (*sexual behavior problems* – SBP) definiuje się jako dzieci, które inicjują zachowania skoncentrowane na intymnych częściach ciała (takich jak genitalia, odbyt, pośladki czy piersi), niewłaściwe

dla ich fazy rozwoju bądź potencjalnie niebezpieczne dla nich samych lub dla innych osób.

Problemy z zachowaniami seksualnymi nie stanowią odrębnej jednostki diagnostycznej – syndromu czy zaburzenia – lecz

obejmują grupę zachowań spostrzeganych jako problematyczne. W dotychczasowych badaniach skupiano się na dzieciach do dwunastego roku życia, które podejmują natarczywe zachowania seksualne, często wobec młodszych dzieci.

Dzieci z tej grupy wieku przejawiają pewne typowe zachowania seksualne, które mogą się spotykać z dezaprobatą ich rodziców (np. kiedy dwoje sześciolatków ogląda lub eksploruje swoje genitalia).

Należy podkreślić, że SBP wykraczają poza takie typowe zachowania. W wielu wypadkach niełatwo określić, kiedy jakieś zachowanie seksualne staje się problematyczne, jednak specjaliści są zgodni co do użyteczności kilku powszechnie przyjętych

kryteriów. Zachowanie seksualne u dziecka staje się problematyczne, kiedy:

- a) występuje częściej lub utrzymuje się dłużej niż należałoby się spodziewać, biorąc pod uwagę etap rozwoju dziecka;
- b) często odrywa dziecko od normalnych form aktywności;
- c) nie ustępuje pod wpływem na ogół skutecznych interwencji rodziców;
- d) występuje między dziećmi, które znacznie się różnią pod względem wieku lub poziomu rozwoju;
- e) wzbudza strach lub niepokój u innych dzieci;
- f) wiąże się z przymusem lub agresją;
- g) jest szkodliwe dla dziecka, które je podejmuje, bądź dla innych dzieci.

Diagnoza

U dzieci przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi mogą także występować inne wymagające interwencji problemy psychiczne, takie jak:

- lęk,
- depresja,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD),
- symptomy stresu pourazowego (PTSD),
- zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD).

Należy przeprowadzić wszechstronne postępowanie diagnostyczne, aby ocenić dziecko i jego opiekunów, a co za tym idzie – zapewnić dziecku i jego rodzinie optymalną pomoc. W ramach tego postępowania diagnosta powinien przeprowadzić pogłębiony wywiad z dzieckiem i z jego opiekunem, aby uzyskać wiedzę o przebiegu rozwoju dziecka oraz informacje o jego problematycznych zachowaniach seksualnych.

Ponadto bateria narzędzi diagnostycznych powinna obejmować test inteligencji, skalę funkcjonowania dziecka w sferze emocjonalnej i behawioralnej oraz miarę jego osiągnięć szkolnych, a także ocenę relacji wewnątrz rodziny.

Opracowano miarę zachowań seksualnych u dzieci – Inwentarz Dziecięcych Zachowań Seksualnych – CSBI (Friedrich 1997). Została ona wystandaryzowana w Stanach Zjednoczonych i w kilku krajach europejskich. Za pomocą tego narzędzia można uzyskać ogólny obraz zachowań dziecka przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu. CSBI mierzy typowe i agresywne zachowania seksualne u dzieci w wieku od 2 do 12 lat. Narzędzie to jest wypełniane przez opiekunów badanych dzieci.

Proces diagnostyczny powinien dostarczyć klinicyście odpowiedzi na kilka podstawowych pytań:

1. Czy dziecko przejawia problematyczne zachowania seksualne?
2. Czy w danym przypadku odpowiednia będzie terapia grupowa?
3. Czy u dziecka występują inne problemy, takie jak depresja, którymi trzeba się zająć przed rozpoczęciem terapii problematycznych zachowań seksualnych?
4. Czy dziecko ma opiekunów, którzy aktywnie włączają się w proces terapeutyczny oraz mogą mu zapewnić wsparcie i nadzór?

Należy podkreślić, że opisana w tym artykule terapia poznawczo-behawioralna nie jest zalecana w wypadku wszystkich dzieci przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi. Podejście to jest nieodpowiednie w odniesieniu do dzieci, u których stwierdzono znaczne opóźnienie rozwoju

poznawczego bądź poważne upośledzenie funkcji poznawczych, do dzieci z objawami ciężkiej psychopatologii wymagającej leczenia klinicznego, a także wtedy, gdy nie ma pewności, czy u dziecka rzeczywiście wystąpiły problematyczne zachowania seksualne (Silovsky i in. 2001).

Grupowa terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi

Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy* – CBT) to silnie ustrukturyzowana, interaktywna metoda terapeutyczna dla dzieci w wieku od 6 do 12 lat i dla ich opiekunów. Grupa liczy na ogół od 5 do 7 chłopców i dziewczynek, przy czym w miarę możliwości tworzy się dwie odrębne grupy wieku – dla dzieci w wieku 6–9 lat i dla dzieci w wieku 10–12 lat. Jednak z powodzeniem prowadzi się także programy, w których chłopcy i dziewczęta w wieku od 6 do 12 lat stanowią jedną grupę terapeutyczną.

Zaleca się, aby zarówno z grupą dzieci, jak i z grupą opiekunów pracowało dwoje terapeutów – najlepiej mężczyzna i kobieta.

Można wskazać trzy podstawowe kryteria przyjęcia do programu terapeutycznego:

- 1) dziecko musi się mieścić w przedziale wieku 6–12 lat;
- 2) u dziecka stwierdzono jednoznacznie problematyczne zachowania seksualne;
- 3) dziecko ma opiekuna, który będzie uczestniczył w terapii.

Godzinne sesje grupowe odbywają się raz w tygodniu i są prowadzone w trybie ambulatoryjnym.

Terapię CBT należy zaliczyć do kategorii metod psychoedukacyjnych, w których terapeuta wyraźnie kieruje procesem terapeutycznym (terapia dyrektywna). Jest to proces polegający na przekazywaniu i przyswajaniu wiedzy, oparty na teorii

uczenia się. Program ten opiera się na doświadczeniu uczenia się poprzez przyswajanie reguł (zasad dotyczących zachowań seksualnych), skupia się bezpośrednio na problematycznych zachowaniach dziecka („Jakie reguły dotyczące zachowań seksualnych złamałeś?”) oraz obejmuje ćwiczenia z udziałem opiekunów w trakcie sesji terapeutycznych.

Jest to podejście pozytywne, dające terapeutom i rodzicom wielorakie możliwości pozytywnego wzmocnienia (nagradzania) dzieci za uczenie się reguł i poprawę zachowań.

Format tego programu terapeutycznego opiera się na idei grupy otwartej – dzieci mogą do niej dołączyć w dowolnym momencie i kończą indywidualny proces terapeutyczny w trakcie trwania programu. Sesje terapeutyczne odbywają się zgodnie z ustalonym protokołem, obejmującym cele sesji, procedury oraz cotygodniową ocenę postępów poczynionych przez dziecko.

Podejście poznawczo-behawioralne opiera się na założeniu, że przyswajanie nowych informacji prowadzi do zmian w zachowaniu, dlatego należy się upewnić, czy dzieci zapamiętują przekazywaną wiedzę. Pod koniec każdej sesji dzieci odpowiadają na pięć pytań służących ocenie poziomu ich wiedzy. Jeśli dziecko potrzebuje pomocy, terapeuta czyta mu pytania, np.: „Czy dotykanie intymnych części ciała innego dziecka jest OK?”. Aby udzielić odpowiedzi twierdzącej, dziecko obrysowuje

obrazek przedstawiający uniesiony kciuk; aby odpowiedzieć „nie” – obrazek kciuka zwróconego w dół; jeśli zaś chce udzielić odpowiedzi „nie wiem” – obrysowuje znak zapytania.

Ponadto opiekun dziecka raz w tygodniu ocenia jego zachowania seksualne, przynosząc wypełniony kwestionariusz na spotkanie grupy.

Program obejmuje konkretne obszary wiedzy, a zaplanowane powtórzenia materiału mają zapewnić skuteczne uczenie się. Do najważniejszych tematów uwzględnionych w programie należą:

- przyznanie się do problematycznych zachowań seksualnych,
- przyswojenie i stosowanie reguł dotyczących zachowań seksualnych,
- opracowanie planu zaradczego (tzw. planu bezpieczeństwa),
- doskonalenie kontroli nad impulsami i złością,
- poprawa umiejętności społecznych,
- podstawowa edukacja seksualna.

Program został zbudowany wokół pięciu reguł dotyczących zachowań seksualnych:

1. Dotykanie intymnych części ciała innych ludzi nie jest OK.
2. Pokazywanie intymnych części swojego ciała innym nie jest OK.
3. Nie jest OK, jeśli ktoś inny dotyka intymnych części twojego ciała.
4. Dotykanie intymnych części swojego ciała, kiedy jesteś sam, jest OK.
5. Nie jest OK wprawiać innych w zakłopotanie swoimi nacechowanymi seksualnie wypowiedziami lub zachowaniami.

Reguły te są szczegółowo omawiane z dziećmi i z ich opiekunami, tak aby wszyscy uczestnicy programu rozumieli i umieli trafnie rozpoznać wyjątki od ich stosowania – np. sytuację, w której lekarz, pielęgniarka albo opiekun badają intymne części ciała dziecka bądź nakładają na nie lekarstwo. Jeśli opiekun nie zgadza się z czwartą regułą, omawia się z nim te zastrzeżenia, a następnie wyjaśnia się dziecku, że reguła przyjęta przez jego opiekuna różni się od

reguły grupowej, a dziecko powinno przestrzegać reguły opiekuna.

Taka sytuacja zdarza się bardzo rzadko, ale terapeuta powinien wyjaśnić tego rodzaju zastrzeżenia przed przedstawieniem reguł dzieciom, aby uniknąć nieporozumień.

Najpierw prosi się dzieci, żeby publicznie uznały, iż ich zachowania seksualne były problematyczne (niewłaściwe), poprzez opowiedzenie o tym, co zrobiły, powiedzenie, które spośród reguł dotyczących zachowań seksualnych złamały, lub też wskazanie tych reguł na tablicy lub plakacie umieszczonym w pomieszczeniu, w którym odbywa się sesja.

Dzieci często niechętnie przyznają się do niewłaściwych zachowań seksualnych, dlatego podczas pierwszej sesji można je zachęcać, aby wstały i wskazały na tablicy reguły, które zostały przez nie złamane. Na następnej sesji należy pochwalić dziecko za wskazanie tych reguł, a następnie poprosić je o powiedzenie, o które reguły chodzi. Być może na którejś z kolejnych sesji dziecko będzie w stanie samodzielnie opisać swoje niewłaściwe zachowania.

Warto podkreślić, że nie dysponujemy danymi empirycznymi, z których by wynikało, iż dziecko musi szczegółowo zrelacjonować swe niewłaściwe zachowanie, aby możliwe było skuteczne zapobieganie przyszłym problemom z zachowaniami seksualnymi.

Istotne jest, aby dziecko przyznało się do niepożądanego zachowania, ale silny nacisk na dokładny opis tego zachowania może przynieść efekt przeciwny do zamierzonego.

Kolejne zadanie dziecka polega na napisaniu listu z przeprosinami, zaadresowanego do dziecka (dzieci), wobec którego podejmowało problematyczne zachowania seksualne. Terapeuci współpracują z dziećmi przy pisaniu tego listu, pomagając im w zakresie ortografii i budowania zdań, lecz zachęcają je, aby starały się napisać go własnymi słowami. Listy są odczytywane

podczas sesji łączonej, w której uczestniczą także rodzice.

W trakcie tej sesji należy pochwalić dzieci za to, że powiedziały „przepraszam”, i za napisanie listów.

Aby nauczyć dzieci kontrolowania impulsów i zachowań, wykorzystuje się tzw. technikę żółwia. Dzieci mają do dyspozycji żółwia-zabawkę, dzięki czemu mogą rzeczywiście ukryć głowę żółwia w skorupie, aby się uspokoić i zastanowić przed podjęciem działania. Dzieci uczą się rozpoznawać silne emocje, takie jak: złość czy uczucia o charakterze seksualnym, mówić sobie „STOP”, chować się we własnej „skorupie”, uspokajać się i odpęzać, rozważać konsekwencje swoich działań, wybierać najlepsze zachowanie, a następnie wysuwać się ze „skorupy” i podejmować wybrane działanie.

W grupie dzieci w wieku 10-12 lat w procesie nauki kontrolowania impulsów można się posłużyć znakiem „STOP”. Dzieci uczą się, że S oznacza „zatrzymaj się i uspokój” (*stop and relax*), T - „pomyśl” (*think*), O - „rozważ różne opcje” (*consider options*), zaś P - „zaplanuj dobrą reakcję” (*plan a good response*). Dzieci ćwiczą te umiejętności, grając w grę planszową „Zatrzymaj się, uspokój, pomyśl”.

W trakcie sesji grupowych dla każdego dziecka opracowuje się indywidualny plan zaradczy (zwany także planem bezpieczeństwa), mający zapobiegać przyszłym problemom z zachowaniami seksualnymi. Najpierw dziecko przygotowuje listę sytuacji, które mogą być dla niego stresujące bądź mogą sprzyjać podejmowaniu przez nie problematycznych zachowań seksualnych - np. „zabawa z młodszym kuzynem bez opieki dorosłych”.

Opracowuje się pisemny plan działań, jakie dziecko powinno podjąć w każdej z tych sytuacji. Plan ten jest omawiany z opiekunem podczas sesji wspólnej. Opiekun otrzymuje wcześniej wskazówkę, że powinien zapewnić dziecko, iż wypracowany przez nie plan jest dobry, i powie-

dzieć mu, że jest z niego dumny, ponieważ umiało wymyślić sposoby zapobiegania powtarzaniu się niewłaściwych zachowań w przyszłości.

W części poświęconej edukacji seksualnej terapeutci przekazują dzieciom podstawową wiedzę, omawiając z nimi schematyczne rysunki męskich i żeńskich narządów płciowych, żeby dzieci poznały właściwe nazwy i funkcje intymnych części ciała. Rodziców zachęca się do tego, aby w rozmowach z dziećmi i podczas wykonywania wspólnych ćwiczeń w domu również używali właściwych nazw tych części ciała. W programie używa się schematów i szkiców - nie zaś realistycznych ilustracji - aby uniknąć wykorzystywania materiałów, które mogłyby stanowić źródło stymulacji seksualnej.

Część dzieci przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi cechuje się niskim poziomem umiejętności społecznych i ma trudności w relacjach z rówieśnikami. Doskonalenie interakcji z innymi członkami grupy to kwestia, której poświęca się uwagę podczas każdej sesji terapeutycznej.

Spotkania grupowe stanowią dla terapeutów doskonałą okazję do obserwowania interakcji dziecka oraz do zapewniania mu praktycznej pomocy w doskonaleniu umiejętności społecznych. Dzieci są zachęcane do bezpośredniej i nacechowanej wzajemnym szacunkiem komunikacji z innymi dziećmi i z terapeutami, którzy chwalać je za cierpliwe czekanie na własną kolej, za uprzejmość, za pytanie o pozwolenie i za zgłaszanie się, kiedy chcą coś powiedzieć albo udzielić odpowiedzi na zadane pytanie. Dzieci poznają różnice między pasywnością, asertywnością i agresywnością w swych wypowiedziach i zachowaniach.

W trakcie sesji grupowych omawiane są trudności w sytuacjach społecznych, a dzieci ćwiczą umiejętność rozwiązywania problemów w procesie wyboru metod działania. Opiekunów zachęca się do tego, aby pomagali dzieciom w nawiązywaniu znajomości poprzez uczestnictwo w dobrze

nadzorowanych zajęciach pozalekcyjnych lub w programach sportowych.

Rodzice lub opiekunowie powinni brać udział w cotygodniowych sesjach oraz aktywnie uczestniczyć w procesie doskonalenia umiejętności dziecka i nadzorowania jego zachowań. Na spotkaniach grupy opiekunów poruszane są następujące zagadnienia (poza analizą ćwiczeń przeprowadzonych w grupie dzieci):

- a) środki bezpieczeństwa i nadzoru,
- b) reguły dotyczące zachowań seksualnych,
- c) rozwój seksualny u dzieci,
- d) reguły dotyczące zachowań seksualnych, które obowiązują w domu rodzinnym dziecka,
- e) emocjonalne i behawioralne reakcje opiekunów na problematyczne zachowania seksualne dzieci,
- f) granice i skromność,
- g) sposoby rozmawiania z dziećmi o seksualności.

Omawia się także takie kwestie, jak:

- komunikowanie się z innymi dorosłymi obecnymi w życiu dziecka na temat potrzeby nadzorowania jego zachowań;
 - kontrolowanie zachowań i sposoby dyscyplinowania dziecka bez uciekania się do przemocy fizycznej;
 - techniki ćwiczenia z dzieckiem w domu
- np. „technika żółwia”;
- efektywne komunikowanie się z dzieckiem;
 - zapewnienie sobie systemu wsparcia.

Terapeuci zapewniają opiekunów, że dzieci mogą zmienić swoje zachowania, a badania sprawdzające wykazują, że bardzo niewielka część dzieci powraca do wcześniejszych problematycznych zachowań seksualnych. Chwalą ich także za zaangażowanie i troskę o dzieci.

Opiekunowie otrzymują kilka wskazówek dotyczących tego, jak uczynić ze swego domu miejsce bezpieczne zarówno dla dzieci przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi, jak i dla pozostałych dzieci, które w nim mieszkają lub

go odwiedzają. Pierwsza i najważniejsza reguła dotyczy ścisłego, stałego nadzoru nad dziećmi. Dzieci powinny się bawić w miejscach, w których osoba dorosła może przez cały czas obserwować ich interakcje. Dzieci przejawiające problemy z zachowaniami seksualnymi powinny się kąpać i spać same.

Opiekunowie winni starannie monitorować kontakt dziecka z przekazami telewizyjnymi, filmami wideo, muzyką i czasopismami, aby zapobiegać stykaniu się przez nie z treściami silnie nacechowanymi seksualnością. Dorośli domownicy powinni własnym zachowaniem dawać dziecku przykład skromności, a także ustalić jasne zasady dotyczące prywatności i zachowań seksualnych, które będą obowiązywały wszystkich członków rodziny.

Większość dzieci kończy uczestnictwo w programie terapeutycznym w ciągu czterech–pięciu miesięcy, w zależności od regularności, z jaką uczestniczyły w sesjach grupowych, od postępów, jakie poczyniły w grupie, a także od ich zachowań poza grupą. Kryteria pomyślnego ukończenia terapii obejmują:

- regularną obecność na sesjach, aktywne uczestnictwo oraz interakcje społeczne w grupie;
- brak problematycznych zachowań seksualnych przez ostatnie trzy miesiące;
- znajomość i stosowanie reguł dotyczących zachowań seksualnych;
- poprawne wykonanie ćwiczeń terapeutycznych;
- właściwy nadzór i wsparcie zapewniane dziecku przez opiekuna.

Uroczystość ukończenia programu terapeutycznego obejmuje podarowanie dziecku prezentu-niespodzianki, podsumowanie jego postępów oraz wręczenie mu dyplomu ukończenia programu (dodatkowych informacji na temat zachowań seksualnych u dzieci udziela National Center on Sexual Behavior of Youth – NCSBY (można je także znaleźć na stronie internetowej <http://www.ccan.ouhsc.edu/>).

Podsumowanie

W niniejszym artykule opisano oparty na wynikach badań empirycznych ambulatoryjny program terapeutyczny dla dzieci w wieku od 6 do 12 lat przejawiających problemy z zachowaniami seksualnymi.

Dziesięcioletnie badanie podłużne dowiodło, że program ten skutecznie przeciwdziała niewłaściwym i agresywnym zachowaniom seksualnym u dzieci. Zastosowane w tym programie podejście poznawczo-behawioralne jest dostosowane do poziomu rozwoju dzieci w wieku szkolnym i nie zawiera technik stosowanych w pracy z nastoletnimi

i dorosłymi sprawcami przestępstw seksualnych, takich jak: konfrontacja, cykle, zapobieganie nawrotom czy kontrolowanie pobudzenia.

Program dla dzieci przejawiających problematyczne zachowania seksualne to krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna, która skupia się bezpośrednio na uczeniu dzieci reguł dotyczących zachowań seksualnych i doskonaleniu ich umiejętności samokontroli, a także na zapoznaniu ich opiekunów ze strategiami, które umożliwią im zapewnienie dziecku lepszej opieki i nadzoru rodzicielskiego.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak

This article will describe the cognitive behavior therapy program for children and their caregivers that was found to be highly affective in reducing subsequent problems with sexual behavior.

Literatura

- Bonner B.L., Walker C.E., Berliner L. (1999), *Children with sexual behavior problems: assessment and treatment*, Final Report, Grant No. 90-CA - 1469, Administration of Children, Youth, and Families, Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- 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”, vol. 74, nr 3, s. 482-488
- Chaffin M., Letourneau E., Silovsky J.F. (2002), *Adults, adolescents, and children who sexually abuse children: a developmental perspective*, w: J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny, T.A. Reid (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment*, wyd. II, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 205-232.
- Friedrich W.N., Luecke W.J. (1988), *Young school-age sexually aggressive children*, „Professional Psychology: Research and Practice”, vol. 19, s. 155-164.
- Friedrich W.N. (1997), *Child sexual behavior inventory: professional manual*, Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.
- Johnson T.C. (1988), *Child perpetrators - children who molest other children: preliminary findings*, „Child Abuse and Neglect”, vol. 12, s. 219-229.
- Pithers W.D., Gray A., Busconi A., Houchens P. (1998), *Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations*, „Child Maltreatment”, vol. 3, s. 384-406.
- Silovsky J.F., Bonner B.L. (2003), *Children with sexual behavior problems*, w: T.H. Ollendick, C.S. Schroeder (red.), *Encyclopedia of Clinical Child and Pediatric Psychology*, Kluwer Press, New York. s. 589-591.

Silovsky J.F., Brown E., Hecht D. (2001), *Sexual behavior problems in children and adolescents: patterns of sexual behavior problems, clinical correlates, and developmentally sensitive treatment strategies*, prezentacja przedstawiona podczas Konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Profesjonalistów na rzecz Przeciwdziałania Krzywdzeniu Dzieci (American Professional Society on the Abuse of Children) w Waszyngtonie, July.