

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Lena Cichoń^{1,2}, Ireneusz Jelonek^{1,2}

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*

An overview of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016) guidelines for harmful sexual behaviour among children and young people (up to 25 years old)

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

² Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

Adres do korespondencji: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: +48 32 720 77 00 w. 706, tel. kom.: +48 606 820 812, e-mail: janaskozik@gmail.com

Streszczenie

Termin „szkodliwe zachowania seksualne” odnosi się do tych zachowań młodych ludzi, które nie są wynikiem molestowania/wykorzystania seksualnego. Ich występowanie nie zawsze związane jest ze świadomym, zamierzonym nieprawidłowym zachowaniem. Wytyczne NICE 2016 dotyczą dzieci, adolescentów i młodych dorosłych (do 25. roku życia) będących wyłącznymi sprawcami szkodliwych czynności seksualnych skierowanych do siebie lub do innych. Autorzy wytycznych zwracają uwagę, iż na zachowania te należy patrzeć z różnych perspektyw: szeroko rozumianej normy rozwojowej, nieharmonijnego rozwoju, zaburzeń współwystępujących lub diagnozy zaburzenia psychicznego. Wspominają też o konieczności wyłonienia lidera w procesie diagnozy i terapii oraz stworzenia komisji lokalnej. Sugerują, jakimi narzędziami posługiwać się w procesie diagnozy, krytycznie oceniają niektóre interwencje terapeutyczne i wskazują na fakt, że problem szkodliwych zachowań seksualnych jest nieoszacowany. Rekomendacje NICE mogą być wskazówką do tworzenia podobnych wytycznych przez inne kraje.

Słowa kluczowe: szkodliwe zachowania seksualne, diagnoza, zaburzenia współwystępujące, postępowanie terapeutyczne

Abstract

The term “harmful sexual behaviour” refers to young people’s behaviours which are not the result of sexual harassment and/or abuse. These behaviours are not always related to conscious, intentional abnormal behaviour. The NICE 2016 guidelines apply to children, adolescents and young adults (up to the age of 25 years) who are the sole perpetrators of harmful sexual behaviour against themselves or others. The authors of the guidelines point out that these behaviours should be viewed from different perspectives, such as the broadly understood developmental norms, non-harmonious development, coexisting disorders or diagnosed mental disorders. They also point to the need to select a leader for diagnostic and therapeutic processes as well as to establish a local commission. Furthermore, the authors suggest tools for the diagnostic process, critically evaluate some of the therapeutic interventions and point out that the issue of harmful sexual behaviours is underestimated. The NICE recommendations may serve as a guide for developing similar guidelines in other countries.

Keywords: harmful sexual behaviour, diagnosis, coexisting disorders, therapeutic management

WPROWADZENIE

Mówiąc o szkodliwych zachowaniach seksualnych (SZS), zwykle mamy na myśli zachowania związane z wykorzystaniem czy molestowaniem dziecka przez osobę dorosłą. Tymczasem termin SZS odnosi się do zachowań młodych ludzi, które nie są wynikiem molestowania/wykorzystania seksualnego. Ich występowanie nie zawsze związane jest ze świadomym, zamierzonym nieprawidłowym zachowaniem. Należy podkreślić, iż wytyczne NICE 2016 dotyczą tylko dzieci, młodzieży i młodych dorosłych będących wyłącznymi sprawcami szkodliwych czynności seksualnych skierowanych do siebie lub do innych.

Przyczyn szkodliwych zachowań seksualnych u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych (do 25. roku życia) może być wiele. Na SZS zawsze należy patrzeć z różnych perspektyw: szeroko rozumianej normy rozwojowej, nieharmonijnego rozwoju, zaburzeń współwystępujących lub diagnozy zaburzenia psychicznego (co omówiono w dalszej części artykułu). SZS mogą także wynikać z nieświadomości rodziców/opiekunów, skutkującej stosowaniem slangu dorosłych w rozmowach o seksualności czy brakiem edukacji seksualnej właściwej dla wieku rozwojowego dziecka. Wymienione zachowania, aczkolwiek bywają nieświadomione przez rodziców/opiekunów, stanowią niebezpieczeństwo, grożą bowiem nieprawidłowym kształtowaniem seksualności dziecka. Powinny więc być rozpoznawane, a osoby doświadczające tych zachowań i osoby je prezentujące powinny zostać otoczone adekwatną opieką.

Trzeba zaznaczyć, że w Polsce brakuje narzędzi służących do rozpoznania SZS, a co za tym idzie – właściwej pomocy. Zachowania te omówiono w dokumencie *Harmful sexual behaviour among children and young people [Szkodliwe zachowania seksualne wśród dzieci i młodych ludzi]* (2016). Z powodów podanych wyżej należy przyrzeć się dokumentowi NICE i być może zastosować go w warunkach polskich (lub posłużyć się innymi adekwatnymi wytycznymi). Celem artykułu jest prezentacja dokumentu wraz ze stosownym komentarzem.

SEKSUALNOŚĆ – DEFINICJA I ZAKRES NORMY

Aby mówić o zachowaniach seksualnych, zarówno tych związanych fizjologicznie z rozwojem dziecka i adolescenta, jak i tych szkodliwych, należy przytoczyć definicję seksualności. Jak podaje Beisert (2017), przez seksualność rozumiemy proces, który w cyklu życia człowieka biegnie swoim nurtem, niezależnie od ograniczeń, ocen i prób podporządkowania go mniej lub bardziej koniunkturalnym celom (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Rozwój seksualności nierozzerwalnie wiąże się z biologią, przebiega w sposób niezależny od woli jednostki i kończy się we wczesnej dorosłości. Niemniej za pomocą samych mechanizmów biologicznych nie da się opisać i wyjaśnić tak bogatego

fenomenowi – trzeba wziąć pod uwagę czynniki psychospołeczne, gdyż to one w interakcji z biologicznymi nadają seksualności ostateczny kształt. Bazą rozwoju płci, uważaną za stałą, jest jej struktura biologiczna, natomiast czynniki psychospołeczne podlegają w trakcie rozwoju różnym modyfikacjom. Trzeba więc zadać sobie pytanie, które aspekty powinny zostać poddane regulacji, jak daleko powinna ona sięgać i jakimi kryteriami powinniśmy się posługiwać, dokonując ocen, a potem podporządkowując im zabiegi socjalizacyjne (Beisert, 2017). W seksualności zarówno pojęcie zdrowia, czyli norma, jak i patologia rozumiane są bardzo szeroko. Zawsze trzeba je odnosić do wieku metrykalnego i wieku rozwojowego dziecka, adolescenta albo człowieka dorosłego. W przypadku dziecka i adolescenta należy również uwzględnić ich zależność od opiekuna i niedojrzałość struktur psychicznych, czego konsekwencją jest inny niż u dorosłych repertuar zachowań seksualnych uznanych za normę (Beisert, 2017; Cichoń i Janas-Kozik, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017b). Trzeba zatem się zastanowić, kiedy zachowanie seksualne dziecka i adolescenta mieści się w granicach normy.

Po pierwsze – gdy nie utrudnia realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla danego okresu. Zachowań seksualnych nie może być zbyt dużo, aby nie zdominowały innych ważnych aktywności, ani nie może ich nie być w ogóle (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Po drugie – obserwowane zachowania seksualne muszą się mieścić w repertuarze zachowań charakterystycznych dla konkretnego wieku. Przykładowo: typowe dla pierwszej połowy okresu dorastania zachowania chłopców (podglądanie, ocieranie się o inne osoby, ekspozowanie narządów płciowych) związane są z dysproporcją rozwojową układu hormonalnego (podwyższony poziom testosteronu we krwi), emocjonalnego (chwiejność emocji) oraz poznawczego (słaba kontrola zachowań i niski wgląd). Harmonijny rozwój tych trzech układów, dokonujący się w ciągu kilku lat, pozwala jednostce lepiej zrozumieć i skuteczniej realizować własne potrzeby. Prowadzi to do eliminowania zachowań nieefektywnych i niepożądanych społecznie (np. podglądania innych) i zastąpienia ich zachowaniami dojrzałymi (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Zarazem w okresie rozwojowym pojawia się każąca rola superego, które dopiero kształtuje się zgodnie z obowiązującymi normami moralnymi.

Po trzecie – prawidłowe zachowania są kierowane do osób będących w zbliżonym wieku metrykalnym i (optymalnie) wieku rozwojowym. Ponadto ważne są podobne kompetencje uczestników oraz ich możliwość decydowania o podejmowanym zachowaniu seksualnym (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Po czwarte – zachowanie musi się opierać na zasadzie dobrowolności. Zgoda jest warunkiem niezbędnym, choć niewystarczającym, by dana aktywność została zaliczona do normy. Zjawisko skłaniania dzieci przez inne dzieci (szantażem, nagrodą, siłą fizyczną) do wzięcia udziału w czynnościach seksualnych należy już

do kategorii wykorzystania. Zachowania seksualne (w każdym wieku) muszą być wolne od agresji, przymusu i przemocy (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Po piąte – dane zachowanie musi prowadzić do realizacji celów seksualnych (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Po szóste – nie może szkodzić zdrowiu ani naruszać przyjętego porządku społecznego (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

SKĄD DZIECKO CZERPIE WIEDZĘ NA TEMAT ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH?

Jak pisze Beisert (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a), wiedzę o normach (na poziomie prostych zakazów i nakazów) dziecko zdobywa już w drugim roku życia, natomiast tę o ograniczeniach związanych z seksualnością – w trakcie intensyfikowania kontaktów społecznych, czyli zazwyczaj w okresie przedszkolnym. Twórcami norm są dorośli, którzy zwykle potrafią skutecznie wyegzekwować ich przestrzeganie, zwłaszcza w stosunku do siebie (dojrzałe superego). Stąd zdobywanie wiedzy o seksualności dorosłych nie może opierać się na prostej obserwacji, demonstracji narządów płciowych, dotykaniu ich czy też badaniu. Dzieci uciekają się do podglądania opiekunów, demonstrowania własnych narządów płciowych (ekshibicjonizm dziecięcy), ocierania się całym ciałem o dorosłych (frotteuryzm dziecięcy), kradzieży części bielizny/ubrania i pobudzania się za ich pomocą (fetyszizm dziecięcy), przebierania się w stroje osób przeciwnej płci (transwestytyzm dziecięcy). W zależności od surowości tabu w rodzinie dzieci spotykają się z różnorodnymi reakcjami: od całkowitego zakazu w rodzinach rygorystycznych, poprzez adekwatne do wieku informowanie w tzw. środowiskach idealnych, aż po wykorzystywanie seksualności dziecka w rodzinach wiktymizujących. To zazwyczaj rodzice swoją postawą określają postawy dziecka wobec seksualności. Typ odpowiedzi udzielanych dziecku ma dla niego istotne znaczenie: uczy, jak traktować własne ciało, oraz wyznacza granice kontaktu między płciami, między dorosłymi a dziećmi, między osobami bliskimi i obcymi. Stwarza podstawy do rozwoju identyfikacji i tożsamości płciowej (Beisert, 2017; Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

CO ROZUMIEMY PRZEZ SZKODLIWE ZACHOWANIA SEKSUALNE?

Do SZS można zaliczyć wszystkie zachowania seksualne, które zagrażają prawidłowemu rozwojowi seksualnemu dziecka i adolescenta, ale nie wiążą się z przemocą ani przymusem. W niniejszym artykule nie będą omawiane zachowania związane z molestowaniem, obrażaniem czy poniżaniem, gdyż wytyczne NICE 2016 (Harmful sexual behaviour among children and young people, 2016) ich nie obejmują. W kategorii SZS mieszczą się zarówno te zachowania, które odpowiadają normie wiekowej, są spontaniczne i łatwe do skorygowania, wynikają z ciekawości, stanowią okazję do rozmowy i udzielenia informacji na temat seksualności,

jak i te, które wykraczają poza normę rozwojową ze względu na swoją częstotliwość albo istotną różnicę wieku, nierównowagę sił czy poziomu kompetencji osób w nich uczestniczących oraz sygnalizują konieczność monitorowania sytuacji i udzielenia pomocy. Wśród SZS mogą się znaleźć zachowania problematyczne lub kompulsywne, z wykluczeniem wymuszonych i poniżających (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017).

Dzieci wyrażają swoje potrzeby i pragnienia poprzez zachowanie – dotyczy to również sfery seksualnej. Ważne jest więc zrozumienie przyczyn konkretnych zachowań. Dzieci często nie mają wystarczających umiejętności językowych i doświadczenia, nie potrafią szukać pomocy. Żeby wesprzeć dziecko, dorośli powinni uważnie przyglądać się jego zachowaniom i prawidłowo je interpretować oraz dawać przykład własną postawą. Kiedy jakieś zachowanie seksualne uznamy za niepokojące albo szkodliwe, powinniśmy się zastanowić, dlaczego dziecko lub nastolatek je podejmuje. Analiza zachowania i sytuacji, w jakich ono występuje, pomoże zrozumieć, co się dzieje z dzieckiem, i podpowie, co należy zrobić (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017).

JAKIE MOGĄ BYĆ PRZYCZYNY SZKODLIWYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH PREZENTOWANYCH PRZEZ DZIECKO CZY ADOLESCENTA?

SZS mogą być związane z brakiem wiedzy na temat seksualności, znudzeniem, samotnością albo ciekawością i ekscytacją. Mogą też wynikać z problemów zdrowotnych (np. zaburzeń neurorozwojowych), braku umiejętności społecznych, konfliktów w relacjach (z dorosłymi i/lub rówieśnikami), dezorientacji w kwestii seksualności, braku reguł wychowawczych i konsekwencji w otoczeniu dziecka czy braku wiedzy o zagrożeniach związanych z danym zachowaniem. Przyczyna może wreszcie tkwić w obserwacji czynności seksualnych i kontakcie z treściami seksualnymi w połączeniu z brakiem nadzoru i opieki ze strony osób dorosłych, zaniedbywaniu, niespójności zasad obowiązujących w różnych środowiskach, nieprawidłowych relacjach w rodzinie (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017). Zrozumienie dziecka i problemów, które mogą stanowić przyczynę obserwowanego zachowania, pomaga w planowaniu skutecznych działań (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017).

JAKIE DZIAŁANIA MOŻEMY PODJĄĆ?

Warto podejmować działania edukacyjne, czyli przekazywać rzetelną wiedzę dotyczącą seksualności – zarówno dziecku/adolescentowi, jak i rodzicom/opiekunom. Istotne są także: rozwijanie u młodego człowieka umiejętności akceptowanych

społecznie, wspieranie zdrowych przyjaźni i związków oraz uczenie dziecka o prywatności. Należy ustanowić jasne reguły odnoszące się do zachowań seksualnych i przestrzegać tych reguł. Do ważnych elementów należą zapewnienie spójności reguł w różnych środowiskach funkcjonowania dziecka oraz zwiększenie nadzoru w sytuacjach podwyższonego ryzyka, jak również monitorowanie szkodliwych zachowań i zagwarantowanie wsparcia dziecku/adolescentowi i rodzicom/opiekunom, a w razie potrzeby – udzielanie pomocy medycznej albo terapeutycznej (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017). Edukacja na temat seksualności sprzyja otwartej, szczerzej komunikacji i tworzy podstawy do rozwoju zdrowych zachowań i postaw seksualnych (Janas-Kozik *et al.*, 2017a; Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować?, 2017).

JAK DO POJĘCIA SZKODLIWYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH ODNOSZĄ SIĘ KLASYFIKACJE DSM-5 I ICD-10?

W klasyfikacji DSM-5 brakuje kategorii szkodliwych zachowań seksualnych w kontekście dzieci, młodzieży (10.–18. rok życia) i młodych dorosłych (do 25. roku życia). Zagadnienia związane z seksualnością pojawiają się jedynie w kategorii „dysforia płciowa” (zaburzenia tożsamości płciowej), w której nie uwzględniono kompulsywnej masturbacji. W DSM-5 dysforia płciowa u dzieci zaklasyfikowana jest jako 302.6, a w ICD-10 – jako F64.2. Dysforię płciową u dorastających i dorosłych w DSM-5 skategoryzowano jako 302.85, a w ICD-10 – jako F64.1.

Jeśli chodzi o wytyczne co do pomocy, należy – biorąc pod uwagę zaburzenia współwystępujące lub te, na kanwie których wtórnie powstają SZS i które wymagają właściwej diagnozy klinicznej, a zatem i postępowania terapeutycznego – rozszerzyć je o zaburzenia neurorozwojowe i zaburzenia zachowania. Według DSM-5 zaburzenia neurorozwojowe obejmują: niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia komunikacji, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością, specyficzne zaburzenia uczenia się, zaburzenia ruchowe oraz inne niekreślone zaburzenia neurorozwojowe. Zaburzenia zachowania przedstawione są w DSM-5 w kategorii „zaburzenia depresyjne” pod postacią dezorganizujących zaburzeń regulacji nastroju oraz w kategorii „zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania” jako: zaburzenia opozycyjno-buntownicze, okresowe zaburzenia eksplozywne, zaburzenia zachowania, antyspoleczne zaburzenie osobowości, piromania, kleptomania, inne nieokreślone zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

SZKODLIWE ZACHOWANIA SEKSUALNE W ŚWIETLE WYTYCZNYCH NICE 2016

Szkodliwe zachowania seksualne, do których odnoszą się wytyczne NICE, nie dotyczą dzieci, młodzieży i młodych

dorosłych po traumie wykorzystania seksualnego. Wytyczne odnoszą się do odpowiedzialności przedstawicieli różnych profesji zajmujących się pomocą dzieciom i osobom do 25. roku życia. Rekomendacje zawarte w przewodniku NICE 2016 skierowane są do szerokiej grupy profesjonalistów i zawierają, obok zalecenia indywidualnego traktowania każdego pacjenta, wytyczne co do postępowania. Każda interwencja musi zostać omówiona z pacjentem lub jego opiekunem i poprzedzona wyrażeniem zgody (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Wytyczne odnoszą się do dzieci i młodych ludzi (do 25. roku życia), włącznie z osobami osadzonymi w areszcie lub objętymi wyrokiem sądu w postaci przymusowych prac, a także osobami z problemami w nauce i niepełnosprawnością (mającymi specjalne potrzeby edukacyjne). Nie obejmują natomiast ofiar nadużyć seksualnych (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Do szerokiego grona odbiorców wytycznych NICE należą:

- pracownicy socjalni, rodzice zastępczy, opiekunowie w instytucjach;
- osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą przejawiającymi SZS;
- sąsiedzi, policja, zespoły pracujące z adolescentami mającymi problemy psychiczne;
- pracownicy szkół;
- pracownicy oddziałów psychiatrii sądowej, podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści od zdrowia seksualnego oraz uzależnień od narkotyków i alkoholu;
- osoby, które przejawiają SZS, ich rodziny i inni (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Cele przewodnika NICE są ściśle powiązane z rekomendacjami. Wytyczne mają służyć zapobieganiu eskalacji problemu SZS, mogącej prowadzić do postawienia zarzutu o przestępstwo na tle seksualnym, jak również zapewnieniu, że żadna osoba nie jest niepotrzebnie kierowana do specjalisty. Zgodnie z rekomendacjami trzeba pamiętać, że ludzie przejawiający SZS mają prawo do uczestnictwa w procesie informowania o problemie, do uzyskiwania informacji dotyczących opieki i leczenia oraz do świadomej zgody (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Propagowane jest podejście wielodyscyplinarne, co oznacza, iż:

- osobami przejawiającymi SZS zajmuje się wielodyscyplinarny zespół (o stałym składzie), który przez cały czas powinien budować zaufanie pacjenta;
- w przypadku osób zbliżających się do 18. roku życia należy rozpocząć proces przygotowania do przejścia pod opiekę przeznaczoną dla osób dorosłych;
- każdy zespół musi mieć kontakt z ośrodkami klinicznymi i nieklinicznymi;
- zespół musi współpracować ze specjalistami zajmującymi się problematyką zaburzeń neurorozwojowych (zgodnie z DSM-5 dotyczy to niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń komunikacji, zaburzeń ze spektrum autyzmu, zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością, specyficznych zaburzeń uczenia się, zaburzeń ruchowych oraz innych niekreślonych zaburzeń neurorozwojowych), zaburzeń uczenia (zebranych w DSM-5

w kategorii zaburzeń neurorozwojowych) i zaburzeń zachowania (przedstawionych w DSM-5 w kategorii „zaburzenia depresyjne” – dezorganizujące zaburzenia regulacji nastroju oraz w kategorii „zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania” – zaburzenia opozycyjno-buntownicze, okresowe zaburzenia eksplozywne, zaburzenia zachowania, antyspołeczne zaburzenie osobowości, piromania, kleptomania, inne nieokreślone zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania);

- e. musi istnieć współpraca z fundacjami, stowarzyszeniami i wolontariuszami pracującymi z osobami z grupy ryzyka;
- f. spotkania muszą odbywać się regularnie – w celu planowania, wdrażania i oceny jakości opieki nad osobami zarówno zagrożonymi, jak i już przejawiającymi SZS;
- g. cały zespół jest odpowiedzialny za planowanie opieki (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Zespół wielodyscyplinarny uwzględni również komisję lokalną, która działa w środowisku osoby prezentującej SZS. Do zadań komisji lokalnej należą:

- a. opracowanie własnej polityki opieki i ustalenie ramowego planu działania dla dzieci zagrożonych lub już przejawiających SZS;
- b. stworzenie listy placówek mogących udzielić specjalistycznej pomocy;
- c. określenie progu pozwalającego stwierdzić, które dziecko wymaga pomocy wczesnej (profilaktycznej), a które – specjalistycznej;
- d. ustalenie, kiedy, kogo i gdzie trzeba skierować i otoczyć opieką (różne obszary – edukacja, opieka społeczna, sądownictwo, lekarze).

Działalność wielodyscyplinarnego zespołu obejmuje opiekę psychiatryczną i społeczną oraz wsparcie wolontariuszy (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Pomoc udzielana jest z uwzględnieniem pięciu obszarów określonych w dokumencie NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) *Harmful sexual behaviour framework*. Lekarz prowadzący może poprosić zespół o udostępnienie dokumentacji, gdy:

- a. potrzeby dzieci nie są spełnione;
- b. skierowanie i procedura oceny są niepotrzebnie, bez uzasadnienia opóźnione (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Na każdym etapie pomocy niezbędny jest przepływ informacji. Dokumentacja dotycząca dziecka objętego opieką musi być bezpieczna, więc konkretna osoba odpowiada za określoną problematykę.

Dokument NICE 2016 mówi o następujących objawach problemu:

- a. slang dorosłych w mówieniu o seksie;
- b. zachowania o podtekście seksualnym, do których zaliczają się własne zdjęcia pornograficzne, treści seksualne w SMS-ach, telefonie lub internecie;
- c. oglądanie pornografii nieodpowiedniej do wieku.

Wczesna pomoc obejmuje ocenę ryzyka występującego u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych kierowanych

do ośrodków zajmujących się SZS (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Profesjonaliści opiekujący się tą grupą osób mogą zażądać historii opieki społecznej, historii przebiegu edukacji, historii chorób czy leczenia oraz kartoteki kuratora i kartoteki policyjnej.

Dokonując oceny nieprawidłowych zachowań seksualnych, trzeba uwzględnić:

- a. wiek rozwojowy dziecka i to, czy przejawia ono zaburzenia neurorozwojowe;
- b. płeć (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

W ocenie należy stosować odpowiednie narzędzia, dopasowane do wieku i płci badanego. W dokumencie NICE 2016 wymieniono:

- a. dla dzieci poniżej 12. roku życia, czyli przed adolescencją – Child Behaviour Checklist i Child Sexual Behaviour Inventory;
- b. dla dzieci przed 12. rokiem życia bez wyroku za nieprawidłowe zachowania seksualne – model AIM (Assessment, Intervention and Moving On) i ocenę stanu klinicznego;
- c. dla dzieci między 10. a 12. rokiem życia (przed adolescencją) z wyrokiem – AIM i ocenę stanu klinicznego.
- d. dla chłopców adolescentów – J-SOAP-II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II), ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism) czy AIM2 i ocenę stanu klinicznego.

Trzeba także zaangażować rodziców/opiekunów przed rozpoczęciem interwencji, czyli:

- a. zwrócić uwagę na sytuację domową, szczególnie gdy istnieje podejrzenie nadużyć (np. przemocy);
- b. rozważyć, jak to konkretne zachowanie dziecka wpływa na całą rodzinę;
- c. jeżeli ofiarą jest kolejne dziecko – zapewnić rodzinie wsparcie lub dać skierowanie do instytucji, terapeuty, lekarza;
- d. wyeliminować slang dorosłych w rozmowach o seksie;
- e. zwrócić uwagę na zachowania o podtekście seksualnym – oglądanie zdjęć pornograficznych, treści seksualne w SMS-ach, telefonie lub internecie;
- f. wyeliminować oglądanie pornografii nieodpowiedniej do wieku (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Powyższe zachowania powinny zostać wyeliminowane, uprzednio zaś – omówione z dzieckiem, adolescentem czy młodym dorosłym, jak również z jego rodzicami/opiekunami. W ramach wczesnej pomocy należy zawsze indywidualnie podejść do problemu i ocenić ryzyko.

W procesie tworzenia planu opieki nad osobami przejawiającymi SZS i zarządzania tym planem powinno się uwzględnić:

- a. specyficzne trudności dzieci i młodych dorosłych z problemami neurorozwojowymi i szkolnymi;
- b. rozważenie krótszych, ale częstszych sesji;
- c. współpracę ze specjalistami;
- d. pomoc w rozwoju silnego poczucia tożsamości, które nie obejmuje SZS (np. wsparcie w kultywowaniu wartości religijnych lub kulturowych).

Plan pomocy powinien obejmować korzystanie ze sprawdzonych modeli oceny ryzyka (J-SOAP-II, ERASOR czy AIM dla dzieci poniżej 12. roku życia) i dostępnych modeli leczenia (Good Lives Model, AIM lub AIM2), brać pod uwagę potrzeby i mocne strony podopiecznych. Ważne jest ponadto wspieranie dzieci i młodych dorosłych w uczestnictwie w różnych aktywnościach razem z rówieśnikami, przykładowo w szkole i w sąsiedztwie, co służy budowie poczucia przynależności. Plan przewiduje nadzorowane aktywności społeczne, które promują wiarę w siebie, rozwijają i zachęcają do zachowań powszechnie akceptowanych. Co 3–6 miesięcy lub w przypadku istotnych zmian okoliczności plan jest sprawdzany przez zespół wielodyscyplinarny, podopiecznego i rodzica/opiekuna. Musi zawierać jasno określone cele terapeutyczne, plan awaryjny uzgodniony ze wszystkimi uczestnikami procesu oraz siatkę wsparcia (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Interwencje powinny być zaplanowane i zgodne z ustalonym modelem, ale na tyle elastyczne, by sprostać zmianom oraz pasować do statusu rozwojowego i wieku dziecka/młodego dorosłego. Kolejnym elementem są okresowe kontrole przeprowadzane przez lekarzy odpowiedzialnych za interwencje (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Oddziaływania powinny bazować na złożonej ocenie kontekstu społecznego, w tym:

- miejsca przebywania osoby objętej opieką – dom, rodzina zastępcza, zakład opiekuńczy, ośrodek kuratorski, inne formy (np. areszt);
- etapu rozwojowego, płci, umiejętności uczenia się, kultury i religii;
- czynników, które mogą się przyczyniać do SZS (pochođenje, opieka w przeszłości, traumatyczne wydarzenia);
- SZS jako takich (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

W sytuacjach awaryjnych planowanie ma na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa osobom doświadczającym i prezentującym SZS, zmniejszenie ryzyka SZS i pracę nad zachowaniami spoza tej kategorii. Edukacja obejmuje obszar seksu i związków, w tym zgodę/przyzwolenie, kwestie społeczne i moralne. Praca dotyczy rozwoju empatii, dokonywania prawidłowych wyborów z myślą o bezpieczeństwie seksualnym swoim i innych, regulacji emocjonalnej i samoregulacji, jak również zrozumienia SZS. Wśród polecanych metod wymienia się metodę biograficzną w pracy socjalnej oraz wsparcie w planowaniu przyszłości (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Rekomendowane metody terapeutyczne to:

- terapia behawioralno-poznawcza (*cognitive behavioural therapy*, CBT);
- terapia wielosystemowa;
- podejście oparte na mocnych stronach;
- terapia rodzinna systemowa.

Należy wybrać jeden lub więcej sposobów prowadzenia terapii:

- terapię indywidualną;
- terapię grupową;
- terapię rodzinną.

Interwencje powinny się odbywać w środowisku pacjenta, pod warunkiem że jest to bezpieczne (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). W przypadku dziecka umieszczonego poza rodziną musi istnieć współpraca z ośrodkiem, w którym ono przebywa. Należy rozważyć prowadzenie interwencji w towarzystwie członka rodziny (w poprawczaku, zakładzie opieki, ośrodka kuratorskim lub areszcie), musi to jednak być bezpieczne i stanowić część planu opieki.

Osoby, które nie mieszkają z rodzicami biologicznymi, powinny zostać objęte planem terapeutycznym zakładającym – jeżeli jest to w interesie dziecka/młodego dorosłego – wspieranie więzi z rodziną i społecznością. W przypadku osób, które doznały nadużyć ze strony członka rodziny, trzeba wziąć pod uwagę pojednanie i reintegrację, zawsze przestrzegając zasad bezpieczeństwa i kierując się dobrem podopiecznego.

Realizacja wytycznych zawartych w przewodniku może trwać krócej lub dłużej (niekiedy będą to lata), zależnie od liczby koniecznych zmian. Interwencje są skuteczne wtedy, gdy są dostosowane do lokalnych społeczności.

Wytyczne NICE 2016 przewidują (Janas-Kozik *et al.*, 2017a):

- podnoszenie świadomości przez stosowanie różnych form komunikacji;
- określenie lidera – głównej osoby, która jest orędownikiem projektu, motywuje innych do wdrażania zmian oraz dostosowuje treści zawarte w przewodniku do konkretnej sytuacji;
- przeprowadzenie podstawowej oceny – według rekomendacji NICE 2016;
- opracowanie planu działania w grupie;
- wdrażanie planu pod nadzorem;
- kontrolę i monitorowanie.

Dotychczas dzieci przejawiające SZS były zwykle konsultowane psychiatrycznie, lecz albo nie miały diagnozy, albo otrzymywały karę. Zdarzały się też przypadki ignorowania problemu. W konsekwencji nie udzielano dzieciom pomocy.

Osoby z zaburzeniami uczenia się należą w większości do grupy SZS, a nawet figurują w kartotekach policyjnych. Brakuje badań i danych dotyczących dzieci prezentujących SZS przed adolescencją i tych niekaranych. Nie wiadomo, dokąd należy kierować te osoby, trudno więc zapewnić im skuteczną pomoc. Podłożem są inne problemy i podatność na zranienia (*vulnerabilities*).

W omówieniu wytycznych komisji tworzącej zalecenia NICE 2016 należy zwrócić uwagę, iż wprowadzenie terminu „szkodliwe zachowania seksualne” ma na celu uniknięcie przyczepiania młodym ludziom etykiety przestępców seksualnych. Termin nie odzwierciedla różnorodności zachowań dzieci i młodzieży angażujących się w czynności seksualne, ważne jest natomiast odróżnienie zachowania znieważającego/obelżywego od tego, które szkodzi rozwojowi dziecka, adolescenta albo młodego dorosłego. Zachowania mające wpływ na rozwój obejmują np. kompulsywną masturbację i uzależnienie od pornografii w internecie. Mogą się wiązać ze stygmatyzacją i wiktyimizacją

oraz powodować dyskomfort u innych. Aby prawidłowo ocenić SZS u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, należy przede wszystkim znać normy rozwojowe dotyczące seksualności (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

SZS zazwyczaj ustępują z wiekiem, ale niektóre z tych zachowań mogą ulec eskalacji w okresie dorosłości. Dlatego dzieci przejawiające SZS nie powinny być pozostawiane samym sobie – muszą zostać otoczone opieką profesjonalistów, poddane wszechstronnej ocenie i objęte pomocą (Janas-Kozik *et al.*, 2017a). Brakuje rzetelnych danych, które pozwoliłyby określić, ile dzieci przejawiających SZS prezentuje je w wieku późniejszym. Wiadomo jednak, iż tylko niewielki odsetek tej grupy popełni w przyszłości poważniejsze przestępstwa na tle seksualnym.

Dodatkowo komisja widzi potrzebę rozgraniczenia między wiekiem metrykalnym a wiekiem rozwojowym w trakcie oceny zachowania i ewentualnych interwencji. Trzeba również dokonać rozgraniczenia między dziećmi w okresie przedadolescencyjnym i w okresie adolescencji, ale w wieku późniejszym – już nie (zgodnie z realiami systemu prawa funkcjonującego w Anglii, gdzie 10 lat to wiek odpowiedzialności kryminalnej). Dzieckiem jest osoba, która nie ukończyła 18. roku życia, a młodzi ludzie objęci są prawem karnym dla osób dorosłych po 18. roku życia. Zdaniem komisji osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi lub socjalnymi powinny przejść pod kurtelę służb dla osób dorosłych w wieku 18–25 lat, jeżeli mają specjalne potrzeby edukacyjne lub orzeczoną niepełnosprawność. Przejście to musi odbywać się w ramach programu oceny i interwencji w obszarze SZS (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Komisja odniosła się także do dostępu dzieci i adolescentów do treści pornograficznych w związku z rozwojem nowych technologii, ale w literaturze przedmiotu nie znaleziono danych pozwalających sformułować jednoznaczne wnioski. W związku z multiinstytucjonalnym charakterem pomocy dla osób prezentujących SZS istotne jest zaangażowanie różnych służb w zależności od potrzeby. Progi kierowania dzieci i adolescentów do CAMSH (Child and Adolescent Mental Health Services, brytyjskie ośrodki zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży) są różne i nie wszystkie ośrodki są skłonne przyjąć kierowanego. Brakuje spójnego programu krajowego dotyczącego osób prezentujących SZS, które przebywają w domach opieki; niewiele instytucji dla młodocianych przestępców oferuje pomoc. Rekomendacje nie są oparte na dowodach skuteczności lub opłacalności ekonomicznej, a raczej na dokumentach Departamentu Edukacji i Ofsted. Stanowią rezultat konsensusu wynikającego z doświadczenia i opinii dwóch ekspertów. Komisja podkreśla rolę współpracy między instytucjami – to warunek konieczny właściwej diagnozy problemu i skutecznej pomocy osobie przejawiającej SZS i ewentualnie jej bliskim (rodzina, opiekunowie). Nieprawidłowa współpraca międzyinstytucjonalna (brak przepływu informacji) negatywnie wpływa na sytuację młodego człowieka, gdyż nie uzyskuje on adekwatnej

pomocy, a sprawa kończy się wpisem do kartoteki policyjnej i dalszymi procedurami, co z kolei może skutkować krzywdzeniem innych w przyszłości. Lekarze pracujący z pacjentami dotkniętymi zaburzeniami neurorozwojowymi (np. zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zaburzeniami zachowania o charakterze antyspołecznym) muszą mieć dostęp do ewidencji osób prezentujących SZS lub do specjalistów zajmujących się tymi osobami. Członkowie zespołu multidyscyplinarnego i multiinstytucjonalnego muszą regularnie się komunikować – w celu oceny wyników konsultacji i udzielanej pomocy czy podejmowania decyzji. Aby jednostka prezentująca SZS otrzymała wsparcie, konieczne jest zaangażowanie wielu instytucji. Jeżeli nikt nie weźmie odpowiedzialności za ocenę i skierowanie, może to skutkować licznymi szkodami dla dziecka/adolescenta i jego otoczenia. Niezbędni są eksperci działający na poziomie lokalnym – w przeciwnym razie osoba przejawiająca SZS trafi do odległej placówki, co jest bardzo drogie. W Anglii nie ma programu krajowego ani stosownych przepisów regulujących kwestię SZS. Ramowy program NSPCC powstał dzięki współpracy wielu partnerów i obecnie jest testowany w niektórych regionach kraju. Rekomendacje przekazano władzom lokalnym, tak aby osoba zgłaszająca problem SZS została wysłuchana i aby osoba prezentująca SZS otrzymała diagnozę i adekwatną pomoc. Władze lokalne muszą mieć dostęp do materiałów źródłowych i wiedzieć, gdzie w razie takiego zgłoszenia należy szukać pomocy (czasem wystarczy rozmowa telefoniczna między profesjonalistą a osobą mającą wątpliwości czy zgłaszającą SZS). Każdy przypadek potencjalnych szkodliwych zachowań seksualnych musi zostać zgłoszony lokalnemu liderowi, który zaplanuje dalsze postępowanie, nie powinno bowiem dochodzić ani do stygmatyzacji, ani do przeoczeń. Taka ocena jest konieczna, by każdy dostał adekwatną pomoc (edukacja, terapia, wymiar sprawiedliwości). Należy zidentyfikować również inne obszary, w jakich dziecko lub rodzina potrzebują wsparcia. Osoba, która wspiera i konstruktywnie pomaga, powinna być wyznaczana indywidualnie, a może nią zostać lekarz, pracownik socjalny, pielęgniarka szkolna czy środowiskowa. Zawsze odbywa się to przy udziale dziecka i rodziny. Zawsze trzeba też ustalić, co dalej – które instytucje czy którzy specjaliści powinni się włączyć w proces terapii. Ustalono także, że na szczeblu lokalnym potrzebne jest narzędzie pozwalające zidentyfikować osoby przejawiające zachowania nieprawidłowe dla wieku lub etapu rozwoju i ewentualnie skierować te osoby do ośrodka do spraw SZS. Takiego narzędzia jeszcze nie określono. Najczęściej stosuje się Brook Traffic Light Tool i Hackett's continuum model (model dotyczący zachowań, wzorów i cykli seksualnych dzieci i młodych ludzi).

Komisja oceniła, że SZS często mijają wraz z dorastaniem, ale mogą mieć wpływ na szanse młodych ludzi związane z edukacją czy karierą zawodową, dlatego oceny należy dokonywać na bieżąco. Umieszczenie SZS na odpowiedniej skali (od zachowań normalnych do niemieszczących się

w normie i brutalnych) stanowi bardzo ważny element procesu wczesnej oceny, pomaga bowiem lekarzom i rodzinom w rozróżnieniu typów zachowań. Zarazem jednak zastosowanie narzędzia u dziecka przed okresem dojrzewania może być szkodliwe i wywołać skutki odwrotne od zamierzonych. Brakuje ponadto narzędzia oceniającego SZS u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i z niepełnosprawnością, dlatego wyniki mogą się okazać niemiernodajne.

Wczesna ocena jest korzystna z ekonomicznego punktu widzenia, gdyż pomaga ograniczyć skalę problemu i uniknąć zaangażowania wymiaru sprawiedliwości. Jeżeli przeciwko adolescentowi/młodemu dorosłemu toczy się sprawa odnośnie do SZS, nie można wprawdzie rozmawiać z nim o dokonanej przestępstwie, ale można dokonać wczesnej oceny (np. AIM, AIM2).

Proponowane narzędzia należy stosować bardzo ostrożnie, gdyż nie każde z nich cechuje się odpowiednią jakością. Jakość J-SOAP-II oceniono w pięciu badaniach jako umiarkowaną albo niską, jeśli chodzi o przewidywanie przestępstw na tle seksualnym: w trzech próbach narzędzie spełniło swoją funkcję, w dwóch – nie. Narzędzia ERASOR dotyczyły cztery badania, których autorzy stwierdzili jego umiarkowaną lub wysoką jakość (w trzech przypadkach udało się przewidzieć niepożądane zachowania, w jednym – nie). Zaadaptowane AIM2 i AIM w dwóch badaniach przewidywały ponowne wykroczenia i zostały określone jako narzędzia umiarkowanej jakości. JSORRAT-II (Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool-II) również analizowano w dwóch badaniach, z których jedno wykazało jego niską, a drugie – średnią jakość. W Wielkiej Brytanii stosuje się nieprzetestowane skale, gdyż brakuje uczestników potrzebnych do walidacji. Dostępne dane pochodzą głównie ze Stanów Zjednoczonych i dotyczą dorosłych mężczyzn skazanych za przestępstwa na tle seksualnym. Narzędzia używane w podobnych badaniach nie powinny być stosowane u dzieci. Obecnie komisja sugeruje korzystanie z narzędzi AIM2, ERASOR i J-SOAP-II (z dwóch ostatnich – łącznie).

W przypadku dzieci komisja zauważyła dwie trajektorie rozwojowe:

- a. ogólne zachowania antyspołeczne;
- b. SZS (Janas-Kozik *et al.*, 2017a).

Większość młodych ludzi, którzy popełnili przestępstwa na tle seksualnym, nie dopuściła się ponownego czynu, chociaż wskaźnik przestępczości na tle nieseksualnym jest w tej grupie znacznie wyższy niż przeciętnie. Narzędzie powinno uwzględniać czynniki, które doprowadziły do określonego zachowania, oraz potrzebę ciągłego wsparcia i ponowną ocenę behawioralną.

Badaniach związanych z tą problematyką, które dotyczą dziewcząt i kobiet, jest bardzo mało. W tym przypadku SZS częściej motywowane są doświadczeniem agresji. Ponadto dziewczynki przejawiające SZS traktuje się inaczej niż chłopców – ci drudzy częściej otrzymują karę w postaci wyrzucenia ze szkoły.

Przed włączeniem dziecka do programu zalecane jest spotkanie z rodziną. Pozwala to obniżyć poziom lęku przed stygmatyzacją i lepiej ocenić czy wręcz wyjaśnić sytuację. Dla skuteczności interwencji kluczowa okazuje się natomiast relacja między dzieckiem a terapeutą.

Najczęściej stosowane interwencje bazują na metodach behawioralnych, a dane na ten temat pochodzą z badań amerykańskich i dotyczą młodych mężczyzn. Trzeba jednak wykorzystywać różne metody – całe spektrum możliwości CBT i terapii wielosystemowej.

Komisja zapoznała się z wynikami interwencji CBT użytymi w czterech badaniach jakościowych, w których skuteczność terapii oceniono jako niską i średnią. Oddziaływania były skierowane do młodocianych skazanych za przestępstwa na tle seksualnym. Terapię prowadzono przy użyciu jednego albo kilku elementów CBT. Były to:

- a. przesylenie werbalne – ciągle mówienie o dewiacyjnych fantazjach seksualnych w celu zmniejszenia dewiacyjnego pobudzenia seksualnego;
- b. uczulanie zastępcze – forma wykorzystywana w leczeniu nastolatków (chłopców), którzy przejawiają SZS w stosunku do młodszych dzieci;
- c. restrukturyzacja kognitywna – metoda pomagająca myśleć inaczej o wydarzeniu, sytuacji czy przekonaniu.

Kierując się opiniami ekspertów, komisja nie zaleca stosowania powyższych interwencji i zauważa, że osoby przejawiające SZS nie są „miniprzestępcami na tle seksualnym”, a oferowanie terapii skoncentrowanej na nadużyciu prowadzi potencjalnie do stygmatyzacji. W analizie porównawczej CBT oraz terapii psychodynamicznej dla chłopców (61%) i dziewczynek (39%) w wieku 5–12 lat nie wykazano istotnych różnic; obie metody pozwoliły uzyskać poprawę w zakresie nawiązywania kontaktów rówieśniczych przy jednoczesnym zmniejszeniu problemów behawioralnych i afektywnych. Badano też program SAFE-T (Sexual Abuse: Family Education and Treatment Program) oraz system zmiany myślenia obejmujący rodzinę i opiekunów. W obu przypadkach odnotowano redukcję SZS, a w przypadku SAFE-T – 72-procentowy spadek ponownej przestępczości.

Terapię multisystemową (wielosystemową) zestawiono z CBT w odniesieniu do skazanych adolescentów. W grupie poddanej terapii wielosystemowej znacznie mniej osób zostało ponownie aresztowanych za przestępstwa na tle seksualnym. Dodatkowo obserwowano spadek dewiacyjnego zainteresowania seksualnego oraz poprawę zachowania seksualnego, objawów psychiatrycznych, zachowania antyspołecznego, relacji z rodziną i rówieśnikami oraz wyników w szkole w porównaniu z CBT. Dużą korzyścią jest to, że dzięki terapii wielosystemowej opiekunowie uczą się identyfikować znajomych, którzy mają negatywny wpływ na dziecko, i mogą zasugerować zerwanie tych relacji. Terapia skupia się na rodzinie, dlatego jej ograniczeniem jest stosowanie u dzieci przebywających w instytucjach (brak kontaktu z rodzicami/opiekunami).

Terapia wielosystemowa może nie być skuteczna u młodych ludzi, którzy przejawiają zachowania antyspołeczne i prezentują SZS w stosunku do rówieśników, a nierzadko również zachowania kryminalne bez podłoża seksualnego. Grupa ta rzadziej prowadzi bowiem życie towarzyskie lub przynależy do grup rówieśniczych.

Interwencje powinny być dostosowane do potrzeb osób mających problemy z uczeniem się (np. częstsze i krótsze sesje, mniej liczne grupy). Ponadto komisja ustaliła, że empatyzowanie z ofiarą jest kwestionowanym elementem oddziaływań w przypadku osób przejawiających SZS. Wszelkie interwencje, które obejmują nadzorowane czynności społeczne, pomagają w promowaniu pewności siebie i zachowania społecznie akceptowanego. Rodzice powinni być na bieżąco informowani o postępie terapii – w przeciwnym razie mogą się niepokoić, iż nie uzyskują wsparcia, choć postęp w terapii dzieci jest widoczny. Ważnymi elementami terapii są kształtowanie umiejętności społecznych i komunikacyjnych oraz kontrola złości i regulacja emocji. Interwencje grupowe zmniejszają poczucie izolacji, praca grupowa może być jednak trudna dla tych, którzy nie lubią mówić przed audytorium. Zwrócono ponadto uwagę na trudność w podobnym traktowaniu sprawców SZS i ich ofiar. W brytyjskim Glebe House realizowany jest model opieki nad adolescentami (chłopcami) z historią SZS oparty na społeczności terapeutycznej.

W ośrodkach wychowawczych brakuje właściwych oddziaływań terapeutycznych lub adolescenti zbyt późno przenoszeni są do ośrodków oferujących adekwatną pomoc. Placówki opiekuńcze powinny wspierać młodego człowieka w całym procesie, nie podważając relacji rodzinnych.

WNIOSKI

1. Wytyczne NICE 2016 odnoszą się do dzieci, adolescentów i młodych dorosłych będących wyłącznymi sprawcami szkodliwych czynności seksualnych skierowanych do siebie lub do innych.
2. Współpraca między instytucjami to warunek konieczny właściwej diagnozy problemu i skutecznej pomocy osobie prezentującej SZS (edukacja, terapia) oraz ewentualnie jej bliskim (rodzina, opiekunowie).
3. Wczesna ocena jest korzystna z ekonomicznego punktu widzenia, gdyż pomaga ograniczyć skalę problemu i uniknąć zaangażowania wymiaru sprawiedliwości.
4. Wśród adolescentów i młodych dorosłych zaobserwowano dwie trajektorie rozwojowe: ogólne zachowania antyspołeczne i SZS.
5. W trakcie oceny SZS i ewentualnych interwencji istnieje potrzeba rozgraniczenia między wiekiem metrykalnym a wiekiem rozwojowym, jak również między dziećmi w okresie przedadolescencyjnym i w okresie adolescencji.
6. Brakuje spójnego programu krajowego dotyczącego osób prezentujących SZS, które przebywają w domach opieki; niewiele instytucji dla młodocianych przestępców oferuje pomoc.

7. Każdy przypadek potencjalnych szkodliwych zachowań seksualnych musi zostać zgłoszony lokalnemu liderowi, który zaplanuje dalsze postępowanie, tak aby nie dochodziło ani do stygmatyzacji, ani do przeoczeń i nieudzielenia pomocy.
8. Postępowanie terapeutyczne powinno uwzględniać całe spektrum możliwości CBT i terapii wielosystemowej (kształcenie umiejętności społecznych i komunikacyjnych, kontrola złości i regulacja emocji, interwencje grupowe zmniejszające poczucie izolacji i dające wsparcie).
9. Rodzice powinni być na bieżąco informowani o postępie terapii – w przeciwnym razie mogą się niepokoić, iż nie uzyskują wsparcia, choć postęp w terapii dzieci jest widoczny.

Słownik:

- *Conduct disorder* – poważne zaburzenia zachowania: agresywne zachowania skierowane przeciwko ludziom i zwierzętom, destrukcyjne zachowania skierowane przeciwko mieniu innych ludzi, kłamanie i kradzież, wagary. W przypadku starszych dzieci i adolescentów należy włączyć do tej kategorii palenie papierosów, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, uczestniczenie w ryzykownych czynnościach seksualnych bez zabezpieczenia.
- *Cognitive behavioural therapy* (CBT) – terapia behawioralno-poznawcza.
- *Cognitive restructuring therapy* – poznawcza terapia odbudowująca, zmieniająca myślenie o sytuacji, wydarzeniu, przekonaniu i wzmacniająca wiarę w zmianę.
- Seksualne nadużycie – zachowania seksualne inicjowane przez dziecko lub młodego dorosłego, które są przedmiotem manipulacji czy przymusu, bez uzyskania zgody drugiej strony.
- Wiek rozwojowy – miara dojrzałości dziecka, adolescenta lub młodego dorosłego, odnosząca się do stopnia rozwoju socjalnego, emocjonalnego, fizycznego i intelektualnego oraz zachowań typowych dla konkretnego wieku chronologicznego (kalendarzowego).
- Zaburzenia neurorozwojowe – zaburzenia typowe dla wieku dziecięcego (zanim dziecko pójdzie do szkoły); charakteryzują się zaburzeniami osobowości, socjalnymi, uczenia się, treningu czystości. Są to przykładowo zaburzenia ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder*, ASD), zaburzenia języka i mowy, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD).

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Beisert M: Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży. Available from: http://zlydotyk.pl/tl_files/artykuly/Beisert_Rozwojowa_norma_seksuologiczna.pdf [cited: 30.06.2017].
- Cichoń L, Janas-Kozik M: Rozwój seksualny i leczenie zaburzeń seksualnych u dzieci i młodzieży. In: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M (eds.): *Psychiatria dla pediatrów*. In press 2017.
- Harmful sexual behaviour among children and young people. NICE guideline. Published: 20 September 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng55>.
- Janas-Kozik M, Cichoń L, Jelonek I: Harmful sexual behaviour among children and young people – Szkodliwe zachowania seksualne (SZS) wśród dzieci i młodych ludzi (do 25. r. ż.) (Komentarz). *Pediatrica po Dyplomie*. In press 2017a.
- Janas-Kozik M, Cichoń L, Jelonek I: Seksualność nastolatka. In: (eds.) Krzystanek M: *Świat jest gender – skrypt z seksuologii dla studentów*. In press 2017b.
- Zachowania seksualne dzieci i młodzieży. Jak je identyfikować i rozumieć? Jak na nie reagować? Available from: <http://gadki.fdds.pl/pdf/zachowania-seksualne-dzieci-i-mlodziezy.pdf> [cited: 30.06.2017].