



درمان مشکلات جنسی کودکان

فهرست مطالب

۷	فصل اول: کودکان با مشکلات رفتار جنسی
۱۸	فصل دوم: تمایز تمایلات جنسی بهنجار دوران کودکی از مشکلات رفتار جنسی
۳۰	فصل سوم: جو جنسی شدن در دوران کودکان
۴۸	فصل چهارم: ارزیابی کودکان خردسال دچار مشکلات رفتار جنسی
۷۱	فصل پنجم: درمان و پیشنهادهایی برای کار مراقبان اصلی
۱۰۰	فصل ششم: مدل پروژه کرانی
۱۱۴	فصل هفتم: پرونده کایلا
۱۳۵	فصل هشتم: پرونده توماس
۱۵۵	فصل نهم: پرونده جنا
۱۷۸	فصل دهم: مورد لورنزو
۲۰۰	بخش پایانی
۲۰۴	منابع موردنیاز
۲۰۷	ارجاعات
۲۱۳	واژه نامه انگلیسی به فارسی
۲۱۴	علائم اختصاری

فصل اول

کودکان با مشکلات رفتار جنسی

مقدمه

متخصصان سلامت روان وظیفه شناسایی، ارزیابی و رسیدگی به مشکلات رفتار جنسی در کودکان خردسال را دارند. کودکان در سن مدرسه با چالش‌های منحصر به فرد و پیچیده‌ای روبه‌رو هستند که طی دو دهه گذشته به طور فزاینده‌ای افزایش داشته‌اند. به نظر می‌رسد کودکان مبتلا به مشکلات رفتار جنسی، مشغله فکری در حوزه مسائل جنسی دارند که از نظر فراوانی، دامنه و شدت متفاوت هستند. این نشانه‌ها می‌توانند شامل هر نوع رفتار جنسی معطوف به خود باشند (مانند خودارضایی بیش از حد، خودارضایی مهار نشده در ملاء عام، و/یا خود آشکارسازی) و رفتارهای جهت دار دیگر (که در بازه‌ای از علاقه‌مندی به بازی‌های جنسی پرخاشگرانه تا سوء استفاده جنسی پرخاشگرانه از سایر کودکان را شامل می‌شود). بسیاری از والدین و مراقبین و حتی بسیاری از متخصصان، از بحث پیرامون تمایلات جنسی کودکان به‌ویژه رفتارهای آشکار جنسی راحت نیستند. چنین رفتارهایی به‌ویژه زمانی که در خارج از خانه رخ دهد، بسیار پریشان‌کننده است. ناراحتی بزرگسالان نه تنها می‌تواند با گزارش دقیق رفتارهای این کودکان در طول زمان تداخل داشته باشد، بلکه ممکن است با واکنش‌های نامناسب و ناکارآمد به کودکان، از جمله مداخلات سخت و شدید به جهت امنیت دیگران، دامن بزند. همان‌طور که فردریش (۲۰۰۷) اشاره کرده است، پاسخ خودکار به تمایلات جنسی دوران کودکی مشکل‌ساز است و منعکس‌کننده تجربه سوء استفاده جنسی است. . .

و درحالی‌که در برخی موارد درست است و فقط درصد کمی از رفتارهای جنسی کودکان را توضیح می‌دهد. یک گزینه برای عدم قطعیت این نظرما این است که به عقب برگردیم، تحلیل کنیم که آیا دیدگاه ما درست است یا خیر، و سپس یک پاسخ نافذ ارائه دهیم. (ص ۸)

متأسفانه چنانچه مشکلات رفتار جنسی در کودک مشاهده شود برخی والدین ممکن است این عقیده را پیدا کنند که احتمالاً فرزند آنان در آینده یا قربانی سوء استفاده جنسی می‌شود و یا خودش

مجرم جنسی می‌شود. در صورتی که هیچ کدام از کلیشه‌ها برای اکثریت کودکان صادق نخواهد بود اما وجود چنین مفروضه‌هایی می‌تواند منجر به بروز پیامدهایی شود که اصلاً متناسب با کودک نیست (فردریش، ۲۰۰۷). در صورت عدم وجود رویکردی آگاهانه، اختصاصی و دقیق، بسیاری از کودکان به غلط برچسب می‌خورند، ممکن است در مدرسه به آن‌ها انگ زده شود، از گروه‌های همسالان رانده شوند و از نظر اجتماعی در معرض انزوا قرار گیرند. به‌ویژه در مواردی که مشکلات رفتار جنسی مزاحم‌تر، سایر کودکان را در معرض خطر قرار می‌دهد. باورهای غلط در مورد سبب شناسی و پیش‌آگهی یک رفتار جنسی مشکل‌آفرین می‌تواند منجر به برچسب زدن کودکان خردسال به‌عنوان «بزهکاران نوجوان» شود. برچسب زدن منجر به برانگیخته شدن پاسخ‌های مبتنی بر ترس در والدین و یا سایر مراقبت‌کنندگان از کودک مانند کارکنان مدرسه می‌شود. پاسخ‌های نامناسب، اغراق‌آمیز یا تعمیم یافته به مشکلات رفتاری به‌تنهایی می‌تواند مداخلاتی را که به تعارضات اساسی کودک یا خانواده رسیده می‌کند، منع یا به تأخیر بیندازد. تمرکز نادرست، محدود یا انحصاری بر مشکلات رفتار جنسی می‌تواند کودک را برای کنار آمدن با تعارضات درونی‌اش تنها بگذارد درحالی‌که عوامل خانوادگی بررسی نشده باشد. اغلب اوقات، کودکانی که دارای مشکلات رفتار جنسی هستند بدون درمان رها می‌شوند و مراقبان بدون حمایت کافی و راهنمایی مناسب رها می‌شوند.

رفتارها و مشغله‌های فکری جنسی مرتبط با تحریک بیش از حد، زمانی که مراقبان یاد بگیرند از ابزارهایی استفاده کنند که امروزه برای رفع مؤثر مشکلات رفتار جنسی شناخته شده است، کاهش می‌یابد، درحالی‌که نیازهای عاطفی مراقبین و/یا خانواده را نیز برطرف می‌کند. همان‌طور که تحقیقات به طور فزاینده‌ای تأیید کرده‌اند، مشکلات رفتار جنسی در کودکان خردسال و در سن مدرسه را می‌توان با تصحیح اطلاعات نادرست و درک نادرست از طریق آموزش روانی برای مراقبین و کودکان، در ترکیب با رویکرد یکپارچه و خانواده محور توسط درمانگران آموزش‌دیده برای کار با کودکان و خانواده‌های آنها، در مدت‌زمان به نسبت کوتاهی با موفقیت درمان کرد. با اطلاعات صحیح، راهبردهای اثبات شده برای تغییر جهت رفتارها، و پاسخ‌های ثابت در سراسر دستورالعمل‌های مراقبت از کودک، مراقبان می‌توانند با اطمینان از نیازهای سلامت روان کودک خود حمایت کنند. با دلسوزی و مهربانی به نیازهای هیجانی منحصربه‌فرد کودک پاسخ دهند و نیز مسائل خانوادگی اساسی را که ممکن است در ظهور یا ماندگاری رفتارهای جنسی مشکل‌ساز نقش داشته باشند به طور مؤثری شناسایی کنند و به بازسازی یک سیستم خانواده سالم بپردازند.

تعریف مشکلات رفتار جنسی

سیلوفسکی، لیتورنائو، چافین (۲۰۰۲) مشکلات رفتار جنسی در دوران کودکی را به شرح زیر تعریف

کرده‌اند: رفتارهایی (۱) که با فراوانی غیرمنتظره، در بافتاری اجبارگرایانه یا بین نوجوانان در گروه‌های سنی مختلف رخ می‌دهد. (۲) در برابر مداخله مقاومت می‌کنند، در رشد اختلال ایجاد می‌کنند و/یا با پریشانی عاطفی مرتبط هستند. انجمن درمان سوءاستفاده کنندگان جنسی (ATSA) که گروهی خاص برای کمک به کودکان دچار مشکلات رفتار جنسی هستند به طور خاص کودک دارای رفتار جنسی مشکل‌آفرین را چنین تعریف می‌کند: «کودکان ۱۲ ساله و کمتر از آن که رفتارهایی را آغاز می‌کنند که اعضای جنسی بدن را شامل می‌شود که این رفتارها به لحاظ تحولی نامتناسب یا به طور بالقوه برای خود یا دیگران مضر هستند.» (ص. ۳). مشکلات رفتار جنسی در کودکان ممکن است ارتباط مستقیمی با ارضاء/تحریک جنسی نداشته باشند بلکه بیشتر به اضطراب، کنجکاوی/تقلید، تلاش برای خودآرام سازی، تمایل به توجه یا عوامل دیگر مربوط شوند (سیلوفسکی و بونر، ۲۰۰۳). چنانچه در بالا اشاره شد، مشکلات رفتار جنسی ممکن است متمرکز بر خود فرد یا دیگری باشند، به نظر می‌رسد رفتارهای متمرکز بر دیگری به لحاظ میزان رضایت طرفین یا استفاده از زور می‌تواند متفاوت باشد. «نگران‌کننده‌ترین... موارد مربوط به سن یا نابرابری‌های تحولی قابل توجه است. رفتارهای جنسی پیشرفته‌تر؛ پرخاشگری، زور یا اجبار. و آسیب یا احتمال آسیب.» (چافین و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۳-۴). تحقیقات انجام شده در دهه‌های گذشته نشان می‌دهند کودکانی دارای رفتارهای جنسی مشکل‌ساز یک گروه بسیار ناهمگن هستند که مشخصه بارزی ندارد که بتوان آنها را در میان سایر کودکان شناسایی کرد (چافین و همکاران، ۲۰۰۲).

بنابراین هنگامه شناسایی این دسته از کودکان می‌توان به بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سابقه قربانی شدن توجه کرد در اکثر موارد بین کودکان این عوامل بسیار متفاوت هستند (چافین و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد مشکلات شدید و مکرر رفتار جنسی بیشتر متأثر از مسائل اجتماعی، مشکلات خانوادگی و مسائل سلامت روانی کودک است (هال، ماتیوس، پیرس، سارلو مک گاروی و گاوین، ۱۹۹۶). کودکانی که مشکلات رفتار جنسی دارند نیز نسبت به مجرمان جنسی نوجوانان متنوع‌تر هستند، به این معنا که گروه کوچک‌تر تعداد قابل توجهی از دختران جوان را شامل می‌شود، درحالی‌که مجرمان نوجوان عمدتاً مرد هستند (سیلوفسکی و نایس، ۲۰۰۲). بونر، واکر و برلینر (۱۹۹۹) زیرگونه‌های رفتارهای جنسی مشکل‌ساز را بر مبنای انواع خاصی از رفتار بررسی کرده‌اند اما داده‌ها نه نیمرخ رفتاری و نه الگوی مشخصی از عواملی که ممکن است کودکان دچار مشکلات رفتار جنسی را از سایر کودکان متمایز کنند نشان نمی‌دهند (چافین و همکاران، ۲۰۰۲).

نرخ به‌روز شیوع مشکلات رفتار جنسی در کودکان در دسترس نیست. با وجود این، در سال‌های اخیر تعداد بیشتری از مراجعه‌کنندگان با چنین مشکلاتی به سازمان‌های خدمات محافظت از کودکان و

خدمات نوجوانان در هر دو حالت سرپایی و بستری مشاهده شده‌اند. اینکه آیا این افزایش به دلیل افزایش واقعی رفتارها یا افزایش آگاهی/گزارش‌دهی یا ترکیبی از این عوامل هستند یا خیر، هنوز مشخص نیست (چافین و همکاران، ۲۰۰۶). میزان بروز رفتارهای غیر هنجار جنسی در کودکان توسط فردریش و همکاران گزارش شده است (۲۰۰۱) که نشان می‌دهد که رفتارهای جنسی شدید بسیار نادر بوده است.

در خصوص گسترش و انجام تحقیقات با پرسش‌نامه رفتار جنسی کودک (CSBI)، ویلیام ان. فریدریش و همکاران؛ جامع‌ترین آزمایش‌های تجربی مرتبط با رفتارهای جنسی بهنجار و غیر بهنجار را تاکنون ارائه داده‌اند. CSBI (فریدریش، ۱۹۹۷) یک مقیاس گزارش ۳۸ موردی والدین است که برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله طراحی شده است که طیف گسترده‌ای از رفتارهای جنسی را شامل می‌شود، از جمله مشکلات مرزی، دانش جنسی، رفتارهای فضولی، نمایش‌گرایی، مداخله جنسی، علاقه جنسی، جنسی. اضطراب، رفتار نقش جنسیتی، و خود تحریکی. فردریش و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که اغلب رفتارهای مشاهده شده شامل مشکلات مرزی، خود تحریکی و نمایش‌گرایی است. رفتارهای شدیدتر متمرکز بر دیگری یا مزاحم (مانند رابطه جنسی دهانی، دخول مقعدی و/یا واژینال، نوازش کردن) اغلب کمتر توسط مراقبان گزارش شده است.

تقریباً ۲۰٪ از مراقبان این مطالعه تأیید کرده‌اند که رفتارهای جنسی در محدوده متناسب با سن و مرتبط با رشد (CRI) بوده‌اند (فریدریش و همکاران، ۱۹۹۸).

این تحقیق نشان داد که رفتارهای جنسی با سن رابطه معکوس دارند، بدین صورت که با فراوانی کلی آن در سال پنجم برای دختران و پسران به اوج خود می‌رسد و طی هفت سال بعدی کاهش می‌یابد. با شروع دوره نوجوانی با تغییر در افزایش علاقه به جنس مخالف که از سن ۱۰ تا ۱۲ سالگی شروع می‌شود، دوباره رفتارهای مربوط به تمایلات جنسی افزایش می‌یابند. همچنین تفاوت جنسیتی کمی از نظر فراوانی یا انواع رفتارهای جنسی به نمایش گذاشته شده وجود دارد.

درصد بالایی از کودکان دچار رفتارهای جنسی مشکل‌ساز دارای سابقه سوءاستفاده جسمی یا جنسی، بی‌توجهی یا مشاهده خشونت خانگی هستند (چافین و همکاران، ۲۰۰۶؛ فردریش، ۲۰۰۷). عوامل مؤثر عبارت‌اند از عوامل محیطی بیش از حد تحریک‌کننده یا نامناسب، مانند دسترسی به پورنوگرافی، دسترسی به برنامه‌های تلویزیونی و دیگر رسانه‌های نامناسب، یا الگوبرداری نامناسب از حریم خصوصی و تمایلات جنسی توسط مراقبین. حرفه‌ای‌ها با این سؤال که بهترین پاسخ را به این کودکان و خانواده‌هایشان چگونه می‌دهند، سردرگم، ناامید و اغلب با مشکل مواجه می‌شوند. اغلب اوقات، به نظر می‌رسد که پاسخ‌های بالینی تصادفی و ذهنی هستند یا از مدل‌های درمانی توسعه‌یافته

برای مجرمان جنسی نوجوانان یا بزرگسالان اقتباس شده‌اند.

با درمان مناسب برای کودکان و خانواده‌های آنها، و با حمایت‌های مناسب جامعه و مراقب، کودکانی که مشکلات رفتار جنسی دارند در خطر بسیار پایینی برای ارتکاب جرایم جنسی در آینده قرار دارند. گروه ویژه ATSA (چافین و همکاران، ۲۰۰۶) به این نتیجه رسیده‌اند که کودکان با «مشکلات رفتار جنسی» در مقایسه با کودکان گروه کنترل احتمال بیشتر درگیری در آینده و به‌صورت طولانی‌مدت با جرایم جنسی را ندارند و اینکه رفتارهای جنسی مشکل‌آفرین در کودکان با بزهکاران جنسی نوجوان و بزرگسال تفاوت کیفی دارد. (ص. ۲). سیاست‌ها، پروتکل‌های ارزیابی، و اکثر رویکردهای درمانی رایج، نامناسب هستند. همان‌طور که توسط گروه ویژه ATSA (۲۰۰۶، ص ۲) مشخص شده است، سیاست‌هایی که کودکان را در فهرست عمومی مجرمان جنسی قرار می‌دهند یا کودکان را با [مشکلات رفتار جنسی] جدا می‌کنند، ممکن است در عین اینکه کودکان را در معرض انگ بالقوه و آسیب‌های اجتماعی قرار می‌دهند، حمایت کمی از جامعه ارائه دهند یا اصلاً حمایت نکنند.

بررسی متون قویاً نشان می‌دهد که مشکلات رفتار جنسی در کودکان خردسال و سن مدرسه به یک رویکرد درمانی یکپارچه که شامل آموزش روانی، درمان شناختی رفتاری (CBT) و مشارکت فعال و مستقیم مراقبان اولیه کودکان است، پاسخ می‌دهد. درمان‌هایی که طولانی‌مدت، فشرده و محدودکننده هستند، برای اکثر مشکلات رفتار جنسی در دوران کودکی ضروری به نظر نمی‌رسند (فریدریش، ۲۰۰۷؛ چافین و همکاران، ۲۰۰۶).

خلاصه تحقیقات در حوزه درمان و عوامل پیش‌بینی‌کننده:

تحقیقات به طور فزاینده‌ای متخصصان را در مورد مداخلات مؤثر برای مشکلات رفتار غیرجنسی در دوران کودکی آگاه می‌کنند که بسیاری از آنها شبیه به عوامل مرتبط با مشکلات رفتار جنسی هستند (مانند کنترل ضعیف تکانه، کژ تنظیمی‌هایی که بر تمامی نواحی تحولی تأثیر می‌گذارند، بدرفتاری در کودکی، کژ کاری خانوادگی مزمن. اختلال عملکرد، مسائل دلبستگی در رابطه والد - کودک، روش‌های فرزندپروری ضعیف) بنابراین مداخلات برای برخی از کل مشکلات رفتاری دوران کودکی نیز برای مسائل زیربنایی مشکلات رفتار جنسی دوران کودکی مناسب است. با این حال، یک ویژگی متمایز ممکن است نوع و افزایش سطح نظارت موردنیاز بزرگسالان برای کودکان دارای مشکلات رفتار جنسی باشد. مطالعات مربوط به رویکردهای موجود کودک محور، مبتنی بر بازی و تحول مناسب برای کار با کودکان خردسال در درمان، همراه با مجموعه تحقیقاتی غنی و روبه‌رشد در مورد مداخلات CBT برای کودکانی که با اضطراب‌های اجتماعی، عاطفی و رفتاری بی‌شماری روبرو

هستند، به این امر کمک می‌کند. تحقیقات فعلی در مورد مداخلات مؤثر و خاص برای مشکلات رفتار جنسی دوران کودکی را پایه‌گذاری و غنی می‌کند.

در یک کارآزمایی تصادفی روی ۱۱۵ کودک ۶ تا ۱۲ ساله با مشکلات رفتار جنسی مستند، پیترز، گری، بوسکونی و هوچنس (۱۹۹۸) از کودکان و خانواده‌هایشان خواستند در ۳۲ جلسه درمان بیانی یا یک برنامه گروهی مبتنی بر پیشگیری از عود شرکت کنند. هر دو گروه شامل آموزش روانی و مؤلفه‌های درمان شناختی - رفتاری می‌شدند. با اقتباس از مدل‌های درمان مجرمان جنسی بزرگسالان، رویکرد پیشگیری از عود بیشتر بر شناسایی عوامل مرتبط با عود و ایجاد یک تیم پیشگیری متمرکز بود تا رویکرد بیانی. دومی به‌سادگی در مورد قوانین/مهرزهای رفتار جنسی، مدیریت عاطفی، و اثرات سوءاستفاده جنسی، آموزش می‌داد و مهارت‌های حل مسئله و اجتماعی را آموزش می‌داد (اعرجی، ۱۳۷۶). کودکان در هر دو گروه در مرحله میانی درمان بهبودی نشان دادند، اگرچه به نظر می‌رسید کودکانی که علائم استرس پس از ضربه را داشتند در گروه پیشگیری از عود بهبود بیشتری پیدا کردند (پیترز و همکاران، ۱۹۹۸). در پیگیری، بهبودهایی در هر دو گروه مشاهده شد و گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشتند (بونر و فاهی، ۱۹۹۸).

بونر و همکاران (۱۹۹۹) یک مدل CBT گروهی برای کودکان ۱۲-۱۶ ساله ی دچار رفتارهای جنسی مشکل‌ساز طراحی نموده‌اند. بر اساس اصول اصلاح رفتار و یک مدل یاددهی - یادگیری برای مدیریت گروه، برنامه درسی ساختاریافته با زمان محدود بر کنترل تکانه، قوانین شناختی، تصمیم‌گیری و آموزش تأکید دارد. کانون‌های اصلی درمان شامل (۱) کمک به کودکان در تشخیص رفتار نامناسب جنسی، (۲) آموزش قوانین و اصول رفتار جنسی، (۳) بهبود کنترل تکانه‌های کودکان، (۴) ارائه آموزش جنسی، و (۵) جلوگیری از سوء استفاده بیشتر از خود و دیگران است. یک کتابچه راهنمای جداگانه، در زمینه موضوعات مشابه، برای مداخلات هم‌زمان گروه والدین ارائه می‌شود. والدین یا مراقبان هم نظارت بر رفتارهای جنسی و هم نظارت بر فعالیت‌های کودکان و هم در یادگیری راهبردهایی برای تقویت مهارت‌های کنترل تکانه نقش دارند.

مقدمه:

بونر و همکاران (۱۹۹۹) از این رویکرد نظام‌یافته در یک کارآزمایی به‌صورت تصادفی استفاده نمود، آزمایشی که در آن کودکان دچار رفتارهای جنسی مشکل‌ساز را به یکی از دو گروه برنامه‌های روان آموزشی CBT و گروه بازی‌درمانی ۱۲ جلسه‌ای اختصاص دادند. اندازه‌گیری‌های پس از مداخله در هر دو گروه، کاهش کوتاه‌مدتی در رفتارهای جنسی مشکل‌ساز و رفتارهای غیرجنسی مشکل‌ساز را نشان داده‌اند. با این حال، در پیگیری‌های ۱۰ ساله، گروهی که مداخله CBT را دریافت نموده بودند، (بهبودی بر مبنای تعداد ارتکابات سوءاستفاده‌های جنسی و دستگیری‌های جرایم جنسی مشخص شده)

بود) به طور قابل توجهی کاهش طولانی مدت تری در رفتارهای سوءاستفاده جنسی را نشان دادند. علاوه بر این، در گروه CBT کودکان میزان جرایم جنسی بعدی (۲٪) مشابه کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) یا سایر اختلالات رفتاری اما بدون رفتار جنسی مشکل ساز هم زمان (۳٪) مشاهده شد. داده‌های اولیه بر مبنای کارهای بونر و همکاران، مداخله ۱۲ جلسه‌ای CBT والدین و گروه کودکان نشان می‌دهد که خطر ادامه رفتارهای جنسی در کودکان تا دوره بلوغ و بزرگسالی می‌تواند با درمان کوتاه مدت مناسب به سطوح اولیه کاهش یابد (چافین و همکاران، ۲۰۰۶).

سیلوفسکی، نیک، بارد و هچت (۲۰۰۷) با استفاده از طراحی کنترل لیست انتظار، به بررسی اثربخشی یک برنامه ۱۲ هفته‌ای CBT گروهی برای کودکان پیش دبستانی دچار مشکلات رفتار جنسی پرداختند که به صورت هفتگی در طول لیست انتظار و دوره‌های درمانی مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. به نظر می‌رسد کاهش مشکلات رفتار جنسی مربوط به گذشت زمان یا سایر عوامل مرتبط با مداخلات مراقبین یا مداخلات مرتبط با رفاه و آسایش کودکان از قبیل افزایش نظارت و کاهش تماس با سایر کودکان باشد. با این حال، سیلوفسکی و همکاران (۲۰۰۷) نیز دریافتند کودکانی که حتی بالاترین فراوانی مشکلات رفتار جنسی را دارند، با آغاز CBT بسیار سریع‌تر بهبود می‌یابند (چافین و همکاران، ۲۰۰۶).

استافر و دپلینگر (۱۹۹۶) کودکانی را که دارای رفتارهای جنسی مشکل ساز بودند و CBT دریافت می‌نمودند از نظر علائم استرس آسیب‌زای مربوط به سوءاستفاده جنسی مورد بررسی قرار دادند. آنها کاهش بیشتری را در طول درمان نسبت به یک دوره لیست انتظار نشان دادند و این بهبودی‌ها در پیگیری ۳ ماهه ادامه یافت. البته، قبل از درمان نیز کاهش مشکلات رفتار جنسی کودکان در روان‌درمانی سرپایی که به طور خاص بر این نگرانی‌ها متمرکز شده بود نیز گزارش گردید (فردریش، لوئیز، بیلکه و پلاس، ۱۹۹۲).

فردریش، دیویس، فهر و رایت (۲۰۰۳) یک مدل چهار مؤلفه‌ای از متغیرها را ارائه داده‌اند تا بتواند کودکان در معرض خطر مشکلات رفتار جنسی را پیش‌بینی کند. این چهار مؤلفه که در تحقیقات قبلی پشتیبانی و تأیید شده بود شامل: الگوسازی از تمایلات جنسی، شرایط دشوار خانوادگی، الگوسازی از رفتارهای تحمیلی و رفتار کلی کودک بود. نتایج نشان داد که سوءاستفاده جنسی معمولاً با مشکلات رفتار جنسی همراه است اما همه قربانیان این سوءاستفاده‌ها، چنین مشکلات و مسائل گسترده‌ای ندارند. عوامل مرتبط با عملکرد خانواده (به‌ویژه در رابطه با حدود و رابطه جنسی) مهم‌اند و به نظر می‌رسد عوامل اجتماعی مانند فقر، استرس خانوادگی و نیز روابط متشنج والدین و فرزندان نیز خطر بروز مشکلات رفتاری جنسی را افزایش می‌دهند. بدرفتاری و خشونت خانوادگی و نیز مشکلات رفتاری/بهداشت روانی و کمبودهای اجتماعی تعمیم‌یافته، با مشکلات رفتار جنسی همبستگی زیادی دارند.

بررسی و مرور مطالعات این حوزه نشان می‌دهد که هیچ عامل واحدی نمی‌تواند به بهترین وجه مشکلات رفتار جنسی را در کودکان توضیح دهد یا پیش‌بینی کند. میزان آسیب‌پذیری کودک در برابر مشکلات در حال‌رشد متأثر از تعامل پیچیده عوامل مرتبط با کودک، خانواده و محیط اجتماعی است (گران‌ت و لوند برگ، ۲۰۰۹). در خصوص سوءاستفاده جنسی، ایجاد و گسترش یک رفتار جنسی مخاطره‌آمیز، یک توافق کلی وجود ندارد (به احتمال زیاد بخشی از آن به دلیل ماهیت بسیار متغیر سوءاستفاده جنسی است) اما همچنان یک رفتار قابل تشخیص و مکرر است (فردریش، ۱۹۹۷).

مجموعه روبرو‌رشد پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کاهش مشکلات رفتار جنسی در کودکان خردسال به طور طبیعی با گذشت زمان اتفاق می‌افتد اما روند این کاهش با به‌کارگیری درمان کوتاه‌مدت هم توسط کودک و هم مراقبان اصلی و تا حدی با تشخیص زودهنگام و مداخله مناسب بزرگسالان تسریع می‌شود. به نظر می‌رسد درمان‌هایی که بر رفتارهای جنسی خاص متمرکز شده‌اند و ساختاریافته‌اند، تا به امروز بهترین نتایج را داشته باشند؛ مانند مداخلات مبتنی بر CBT. با این حال، تحقیق در مورد اثربخشی سایر روش‌های درمانی، از جمله یک مدل تلفیقی، تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است. مطالعات رویکردهای CBT که بر مشکلات رفتار جنسی متمرکزند و مراقبین اصلی را نیز در برمی‌گیرند، نشان داده‌اند که تأثیر این روش‌ها بیشتر از رویکردهای غیرساختاری (درمان حمایتی، بازی‌درمانی) هستند. به طور رسمی این یافته‌ها بهبود در جرایم جنسی کوتاه‌مدت و بلندمدت را گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که درمان مشکلات رفتار جنسی در حالی که علائم استرس آسیب‌زا را نیز مورد توجه قرار می‌دهد، برای کودکان با هر دو مجموعه اختلالات، می‌تواند در بهبود هر دو گروه علائم مؤثر باشد.

به‌طور کلی، مطالعات تأیید می‌کنند که می‌توان به نتایج درمان موفقیت‌آمیزی دست یافت و به کاهش مشکلات رفتار جنسی در کودکان خردسال و در سن مدرسه کمک کند و نیز درمان کوتاه‌مدت سرپایی در طیف گسترده‌ای از مشکلات رفتار جنسی، از جمله رفتارهای بسیار پرخاشگرانه و متجاوزانه در دختران و پسران مؤثر است. فواید یک رویکرد کوتاه‌مدت و ساختاریافته نیز در بین کودکانی که آسیب قابل توجهی را تجربه کرده‌اند و کودکانی که دارای درجات مختلفی از مسائل روان‌شناختی هم‌زمان و نیز سطوح مختلف مشکلات خانوادگی هستند گزارش شده است؛ بنابراین CBT سرپایی کوتاه‌مدت یا در مدت محدود به‌عنوان درمان انتخابی برای مشکلات رفتار جنسی دوران کودکی در این روزگار پیشنهاد می‌شود. وقتی این امر با مشارکت والدین یا مراقب همراه شود، روند سریع‌تری در بهبودی مشاهده می‌گردد و می‌تواند بهبودی طولانی‌مدت را برای خانواده مهیا نماید. البته در موارد بسیار دشوار یا برای کودکان با مشکلات شدید ممکن است CBT یک انتخاب درمانی مناسب نباشد.

CBT سرپایی تاکنون بیشترین داده‌های مطالعاتی را برای درمان مشکلات جنسی دوران کودکی