

Katarzyna Konarkowska

Zespół Szkół Specjalnych nr 103 w Poznaniu

koala@list.pl



PROBLEMY ROZWOJU PSYCHOSEKSUALNEGO I WYCHOWANIA OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOCIĄ INTELEKTUALNĄ

Streszczenie

Głębsza niepełnosprawność intelektualna oraz choroby z nią współwystępujące, w różnym stopniu determinują rozwój psychoseksualny człowieka. Wychowanie seksualne osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, przebiega więc w sposób odmienny, w porównaniu z wychowaniem seksualnym osób zdrowych. W artykule omówiono problemy, z jakimi, w opinii rodziców i opiekunów, najczęściej stykają się osoby niepełnosprawne intelektualnie na drodze własnego rozwoju psychoseksualnego.

Słowa kluczowe: *niepełnosprawność intelektualna, wychowanie seksualne, edukacja seksualna, rozwój psychoseksualny, dojrzewanie płciowe, masturbacja.*

PROBLEMS OF PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT AND EDUCATION OF PERSONS WITH SEVERE MENTAL DISABILITY

Abstract

Severe mental disability and accompanying illnesses determine person's psychosexual development on many different levels. Sexual education of people with severe mental disability differs from the education of healthy individuals. This paper describes problems that mentally disabled persons encounter in relation to their psychosexual development and is based on their parents' and carers' opinions.

Key words: *mental disability, sexual education, psychosexual development, puberty, masturbation.*

Katarzyna Konarkowska

**PROBLEMY ROZWOJU PSYCHOSEKSUALNEGO I WYCHOWANIA
OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ**

WSTĘP

„Niepełnosprawne są osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna, lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi.”

(definicja zawarta w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych)

„Niepełnosprawność intelektualna, to istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, oraz trudności w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed 18. r. ż.”

(definicja WHO)

Etiologia niepełnosprawności intelektualnej jest wieloczynnikowa. Często u tej samej osoby współwystępuje kilka przyczyn powodujących stan głębszej, (umiarkowanej i znacznej), niepełnosprawności intelektualnej. Stosowany powszechnie podział wyróżnia dwie postaci:

- głębszą niepełnosprawność intelektualną uwarunkowaną genetycznie, w tej grupie najczęściej występują zespoły kliniczne spowodowane przez szkodliwe geny, czy też przez aberracje chromosomalne;
- głębszą niepełnosprawność intelektualną uwarunkowaną egzogennie, zespoły kliniczne powstałe w wyniku działania czynników egzogennych są spowodowane różnymi przyczynami, które uszkadzają ośrodkowy układ nerwowy dziecka przed lub po urodzeniu.

Chorób i zaburzeń współwystępujących z niepełnosprawnością intelektualną jest wiele, a ich wykaz podaję w innej mojej pracy dotyczącej poradnictwa Online dla rodziców i opiekunów tych osób (zob. Prezentacje, 5 nr PT- przyp. red.).

FAZY DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO W NORMIE - WG TANNERA

A. Dziewczynki

Faza dziecięca:

- brak widocznych oznak pokwitania

Faza zwiastunów pokwitania:

- gwałtowny przyrost wysokości i masy ciała;
- poszerza się i wypukła otoczka brodawki sutkowej, tzw. stadium pączka;
- na wargach sromowych zaczyna się pojawiać delikatne owłosienie

Faza przedpokwitaniowa 10 – 12:

- utrzymują się przyrosty wysokości i masy ciała;
- piersi stają się bardziej okrągłe i pełne;
- owłosienie łonowe staje się ciemniejsze i liczniejsze;
- biodra poszerzają się, uwydatnia się talia, sylwetka staje się bardziej zaokrąglona;
- pojawia się biała lub przezroczysta wydzielina z pochwy;
- u niektórych dziewcząt pod koniec tej fazy pojawia się miesiączkowanie

Faza pokwitania właściwego 12-15:

- dalszy rozwój piersi;
- owłosienie łonowe zaczyna przybierać kształt trójkąta;
- pojawia się owłosienie pachowe;
- często pojawia się trądzik;
- miesiączka

Faza młodzieńcza 15-18:

- rozwój piersi, owłosienia łonowego-trójkąt;

- sylwetka kobieca;
- regularność miesiączek

B. Chłopcy

Faza dziecięca:

- brak widocznych oznak pokwitania

Faza zwiastunów pokwitania:

- powiększenie się jąder i moszny;
- pojawienie się cienkich włosów u podstawy prącia

Faza przedpokwitaniowa 10-12:

- przyrosty wysokości i masy ciała;
- dalszy rozrost jąder i moszny;
- owłosienie łonowe staje się ciemniejsze i liczniejsze;
- zwiększenie długości prącia;
- rozrost strun głosowych

Faza pokwitania właściwego 12-15:

- dalszy wzrost ciała;
- poszerzenie się ramion, sylwetka staje się bardziej umięśniona;
- owłosienie łonowe zaczyna przybierać kształt trójkąta;
- pojawia się owłosienie pachowe;
- pojawienie się zarostu nad górną wargą i na policzkach;
- jądra zaczynają wytwarzać plemniki, pojawia się wytrysk nasienia

Faza młodzieńcza 15-18:

- sylwetka męska;
 - narządy płciowe zewnętrzne i owłosienie łonowe osiągają dorosły wygląd;
 - przyrosty wysokości ciała zmniejszają się;
-

- zarost na twarzy staje się mocniejszy;
- owłosienie ciała się zwiększa

FAZY ROZWOJU PSYCHOSEKSUALNEGO

1. *Faza rozwoju płodowego. Cechy istotne to: determinacja płci, powstawanie ośrodków seksualnych oraz początki życia psychicznego. Przebieg tej fazy jest uwarunkowany czynnikami genetycznymi, zdrowiem rodziców, warunkami przebiegu ciąży, emocjami wobec rodzicielstwa.*

2. *Faza narodzin. Dziecko przeżywa szok porodowy, który jest źródłem lęku, czas i typ przebiegu akcji porodowej mają zasadniczy wpływ na stan psychiczny rodzącego się dziecka, równie ważne są pierwsze reakcje emocjonalne na dziecko.*

3. *Faza niemowlęca (1 rok życia). Jest fundamentalna w formowaniu poczucia bezpieczeństwa, miłości i zdolności nawiązywania więzi uczuciowych w przyszłości. Przebieg uwarunkowany postawą uczuciową rodziców wobec dziecka, wobec jego płci.*

4. *Faza wczesnodziecięca (2 rok życia). Trening czystości. Przebieg uwarunkowany istnieniem więzi uczuciowej z rodzicami, sposobem przeprowadzania treningu czystości.*

5. *Faza edypalna. Kształtuje się świadomość płci, pojawia się „kompleks Edypa” (zazdrość dziecka o drugiego rodzica). Prawidłowy przebieg tej fazy uwarunkowany jest uświadamianiem dziecka w kwestii płciowości, postawą rodziców wobec płci dziecka, istnieniem partnerskich relacji między rodzicami.*

6. *Faza zabaw. Czas treningu przyszłych ról społecznych, płciowych, interakcje społeczne. Pojawia się ciekawość seksualna. Istotne znaczenie w tej fazie mają kontakty z rówieśnikami, wychowawcami, więzi międzyrodzeństwem.*

7. *Faza szkolna-7, okres latencji-10. Pozorna „cisza” w sferze seksualnej. Trwa proces formowania samoświadomości seksualnej i trening przyszłych ról życiowych. Przebieg uwarunkowany osobowością wychowawców, oddziaływaniami wychowawczymi, kontaktami z rówieśnikami, jest to okres przygotowania do dojrzewania.*

8. *Faza przedpokwitaniowa. Znaczące są: potrzeba intymności i poczucie tożsamości. Następuje stopniowe usamodzielnianie się.*

9. *Faza dojrzewania. Następują zmiany biologiczne, rozwija się potrzeba seksualna, zainteresowanie drugą płcią (najczęściej) oraz powstają związki uczuciowe. (przekład własny z pracy K. Waszyńskiej, Internet).*

ROZWÓJ SEKSUALNY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Charakteryzując osoby z głębszą, (umiarkowaną i znaczną), niepełnosprawnością intelektualną, trzeba wspomnieć o towarzyszących bardzo często, dodatkowych sprzężeniach chorobowych. „Z upośledzeniem sprzężonym mamy do czynienia wówczas, gdy u danej osoby występują dwie lub więcej niesprawności spowodowane przez jeden lub więcej czynników endo- lub/i egzogennych, działających jednocześnie lub kolejno w różnych okresach życia (w tym również w okresie prenatalnym)” (Twardowski, 1995). Do grupy osób z niepełnosprawnością sprzężoną należą m.in. osoby niepełnosprawne intelektualnie niewidome, niepełnosprawne intelektualnie głuche, niepełnosprawne intelektualnie autystyczne, niepełnosprawne intelektualnie przewlekłe chore, niepełnosprawne intelektualnie i niesprawne ruchowo.

Zrozumienie problemów rozwoju psychoseksualnego i wychowania osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną wymaga odniesienia się do wiedzy już istniejącej. Niestety, niewiele jest opracowań naukowych na ten temat. Zatrzymajmy się zatem przez chwilę na istotnych, psychologicznych i seksuologicznych aspektach rozwoju psychoseksualnego młodzieży w wieku dojrzewania, tej młodzieży, której rozwój nie jest zakłócony niepełnosprawnością. Pozwoli to nam lepiej zrozumieć ograniczenia i trudności, na jakie napotyka w tej sferze młodzież niepełnosprawna intelektualnie a także jej rodzice i opiekunowie. W okresie adolescencji rozwija się przecież i intensyfikuje potrzeba seksualna, którą definiujemy jako „właściwość organizmu polegającą na okresowym powstawaniu specyficznego napięcia psychofizycznego możliwego do zrealizowania poprzez czynności dające satysfakcję seksualną” (Gapik, 1997, s. 415). Potrzeba ta w istotny sposób modyfikuje funkcjonowanie młodych ludzi, szczególnie w sferze emocji i zachowań, które wynikają z nowych, seksualnych doznań. Dla młodzieży pełnosprawnej oznacza to wejście w burzliwy czas przeżyć i kontaktów, które bez wątpienia pozostają w ścisłym związku z poziomem rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Stanowi to także początek drogi nowych doświadczeń, najpierw autoerotycznych, później pettingu, a wreszcie - pierwszych i dalszych pełnych kontaktów seksualnych (stosunków płciowych). Kształtowanie się seksualności

kobiet i mężczyzn, to długi, skomplikowany proces, który omawia L. Gapik w swoich licznych opracowaniach (Gapik, 1998, 2004, 2005, 2006, 2008). Spróbujmy zatem odnieść tę wiedzę do realiów życia osób niepełnosprawnych.

WIZJA RODZINY

dziecka w normie intelektualnej i z niepełnosprawnością intelektualną

Typową metodą badania wizji rodziny jest rysunek projekcyjny. W celu zilustrowania różnic w spostrzeganiu poszczególnych osób a także relacji pomiędzy nimi - poproszono dwie dziewczynki o wykonanie takich rysunków na temat: „MOJA RODZINA”. Pierwszy rysunek wykonała dziewczynka w wieku 8 lat (norma intelektualna) a drugi dziewczynka w wieku 16 lat, niepełnosprawna intelektualnie w stopniu umiarkowanym.



Rysunek 8 - letniej dziewczynki w normie intelektualnej jest typowy dla dziecka czującego się w swojej rodzinie bezpiecznie i w pełnej integracji z obojgiem rodziców, którzy są dla niej równo ważni (matka jest nieco większa, ponieważ stanowi wzór identyfikacyjny a odległość od ojca nieco mniejsza, bo jest to przecież pierwszy męski partner w życiu każdej dziewczynki i wzorzec cech męskich). Zwraca uwagę usytuowanie dziewczynki, jako osoby łączącej oboje rodziców a do rodziny należy także kot, będący pod silnym nadzorem matki. Całość zakomponowana optymistycznie, nad rodziną świeci słońce i gwiazdy, są też symbole emocji: serce, czyli miłość - w pobliżu ojca a kwiat, czyli piękno - w pobliżu matki.



Rysunek 16 - letniej dziewczynki niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu umiarkowanym wskazuje na szereg niepokojących zjawisk. Autorka rysunku nie umieściła na nim samej siebie, co może oznaczać tendencję do izolowania się lub nawet poczucie wyalienowania. Matka „nie stoi na ziemi”, ale są przy niej ogromne kwiaty, co wskazuje na to, że jest emocjonalna, ale mało konkretna w działaniu. Ojciec z małą głową z pewnością nie jest dla dziewczynki wzorem cnót intelektualnych a oboje rodzice mają puste rękawy, co interpretujemy zwykle jako bezradność. W dodatku te ciemne chmury nad rodziną nie wróżą niczego dobrego, natomiast słońce jest, nawet duże, ale gdzieś obok i nie świeci tej rodzinie.

DOJRZEWANIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Wielu rodziców dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną zadaje sobie pytanie, czy ich córka/syn, dojrzewa płciowo tak samo jak inne dzieci? Problem ten analizowała w swoich opracowaniach I. Fornalik i dlatego posłużę się w dalszej części bezpośrednimi cytatami z jej prac.

„Wyniki badań prowadzonych w krajach zachodnich, wskazują, że proces pokwitania młodzieży niepełnosprawnej nie jest ani przyspieszony, ani też istotnie opóźniony w porównaniu z procesem rozwoju płciowego nastolatków sprawnych, a zmiany somatyczne pojawiają się zwykle w tej samej kolejności” (Lempp, 1986, s. 156; za: Fornalik, 2002).

Nieco inaczej przedstawia się ten problem w grupie młodzieży, w której czynniki genetyczne zdeterminowały rozwój intelektualny - między innymi u nastolatków z zespołem Downa, wśród których obserwuje się pewne odstępstwa od prawidłowego rozwoju płciowego. Jak wskazują badania, u dziewcząt z zespołem Downa można zaobserwować opóźnienie *menarche* o około jeden rok w odniesieniu do przeciętnej populacji, a także opóźniony rozwój piersi (Cunningham, 1994, s. 146). U około 70% dorastających dziewcząt występuje owulacja, tak więc większość nastolatek jest zdolna do posiadania potomstwa. Pomimo płodności, wśród kobiet z trisomią 21 chromosomu odnotowano jednak niewiele ciąż, przypuszczalnie z powodu nakładanych na tę grupę kobiet ograniczeń, wynikających z ryzyka urodzenia niepełnosprawnego potomstwa.

Badania porównawcze chłopców z zespołem Downa i ich sprawnych rówieśników, także wykazują brak większych różnic w kolejności pojawiania się większości cech płciowych. U znacznej części dorastających chłopców z zespołem Downa możliwe są erekcje i ejakulacje. Obserwuje się natomiast częstszy brak zstąpienia jąder do worka mosznowego, opóźnienie w wieku pojawiania się zarostu na twarzy (tamże).

Istnienie potrzeby seksualnej u osób z intelektualną niepełnosprawnością, niezależnie od stopnia owej niepełnosprawności to w świecie nauki bezsporny fakt. Różne są natomiast zdania dotyczące siły tej potrzeby. H. Olechnowicz twierdzi, że u osób z niepełnosprawnością intelektualną, siła seksualnej potrzeby

i dążenie do jej realizacji jest obniżona, czego przyczyną są mniejsze lub większe zaburzenia (zależnie od stopnia niepełnosprawności) psychobiologicznych podstaw seksualności i wszelkich związanych z nią funkcji (Olechnowicz, 1978). Odmienne zdanie prezentuje A. Jaczewski, który uważa, że u osób z niepełnosprawnością intelektualną potrzeba seksualna pojawia się wcześniej, niż u osób zdrowych i jest bardzo silna, silniejsze są również przejawy i przeżycia seksualne. Jako przyczynę podaje fakt, iż zachowania popędowe tych osób nie podlegają hamującemu wpływowi intelektu, wychowania i obyczajowości, więc zaczynają górować nad rozumowymi. Według A. Jaczewskiego występujące często u osób o głębszym stopniu niesprawności umysłowej uszkodzenie mechanizmów korowych, wpływa na przewagę mechanizmów podkorowych, które kierują wrodzonymi reakcjami seksualnymi (Jaczewski, 1978). Natomiast według I. Fornalik, siła potrzeby seksualnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz siła tej potrzeby u osób w normie intelektualnej nie różnią się zasadniczo, ponieważ jest ona ukształtowaną indywidualnie właściwością konkretnej osoby, zależną od uwarunkowań biologicznych, osobowościowych i społecznych. Niewątpliwie istnieje jednak związek pomiędzy stopniem intelektualnej niepełnosprawności a formami realizacji potrzeby seksualnej: im jest on głębszy, tym rzadziej osoby dążą do realizacji potrzeby seksualnej w kontakcie z partnerem, zatrzymując się na etapie rozwoju psychoseksualnego określanym jako „skierowanie na własne ciało” (Fornalik, http://www.bardziejkochani.pl/konf/prog/konf_29.doc)

Omawiając temat dojrzewania płciowego, nie można także pominąć psychicznych reakcji młodzieży na zmiany fizyczne następujące w okresie pokwitania. „Jak bowiem wskazują wyniki badań empirycznych oraz dane z literatury przedmiotu, wiele dziewcząt i chłopców z głębszą niepełnosprawnością intelektualną ujawnia reakcje negatywne obserwując dojrzewające ciało. Nastolatkom niejednokrotnie towarzyszy uczucie lęku, niepewności, złości, a nawet rozpacz, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić do regresu w rozwoju” (Walter, 1986, za: Fornalik, 2002;). Główną przyczyną negatywnego postrzegania zmian, zachodzących we własnym ciele, jest brak ich zrozumienia. U niepełnosprawnych chłopców zdarzają się negatywne reakcje związane z pojawiającą się po raz pierwszy ejakulacją, u dorastających niepełnosprawnych dziewcząt, takie reakcje zdarzają się,

w związku z brakiem przygotowania na pojawienie się pierwszej miesiączki. Skutecznym sposobem przeciwdziałania tym reakcjom ze strony osób niepełnosprawnych jest edukacja seksualna, dostosowana do możliwości niepełnosprawnych nastolatków.

A co o dojrzewaniu płciowym swoich niepełnosprawnych dzieci myślą ich rodzice? Z jakimi problemami muszą się zmierzyć? Spróbujmy chociaż częściowo odpowiedzieć na te pytania.

BADANIA WŁASNE

- **Metoda:** sondaż
- **Technika:** ankieta
- **Narzędzie badawcze:** kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety składał się z 10 pytań, w tym 3 otwartych, 7 zamkniętych i metryczki. Kwestionariusz ankiety był anonimowy.
- **Teren badań, charakterystyka grupy badawczej:** badania przeprowadzono w czerwcu 2008 roku, wśród rodziców/opiekunów uczniów Zespołu Szkół Specjalnych nr 103 w Poznaniu. Badaniami objęto 30 osób - 11 dziewcząt, 19 chłopców, w przedziale wiekowym 11-19 r. ż. Były to osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, w tym część osób z niepełnosprawnością sprzężoną: osoby niepełnosprawne intelektualnie niedowidzące, niepełnosprawne intelektualnie autystyczne, niepełnosprawne intelektualnie przewlekle chore, niepełnosprawne intelektualnie i niesprawne ruchowo.

WYNIKI ANKIETY

I. Czy córka/syn wykazuje zainteresowanie sferą seksualną?

- **CZĘSTO** ogółem - **3.33 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **5.26 %**
- **NIEKIEDY** ogółem - **46.66 %**
dziewcząt - **36.36 %**, chłopców - **52.6 %**
- **NIGDY** ogółem - **50 %**
dziewcząt - **53 %**, chłopców - **47 %**

50 % respondentów (rodziców i opiekunów) odpowiedziało pozytywnie na pytanie: czy ich córka/syn wykazuje zainteresowanie sferą seksualną?

II. Jeśli tak, w czym przejawia się to zainteresowanie? (proszę krótko opisać)

- oglądanie własnego ciała, obserwowanie, komentowanie zmian (powiększających się piersi, owłosienia łonowego), dotykane miejsc intymnych, piersi:
 - ogółem - **30 %**
 - dziewcząt - **27,27%**, chłopców - **31,56 %**
- podglądanie domowników podczas czynności toaletowych w łazience:
 - ogółem - **3,33 %**
 - dziewcząt - **0 %**, chłopców - **5,26 %**
- zainteresowanie scenami erotycznymi w telewizji:
 - ogółem - **6,67 %**
 - dziewcząt - **0 %**, chłopców - **10,52 %**
- próby masturbacji lub masturbacja (dłonią przez ubranie, ocieranie się o przedmioty, poręczce, meble):
 - ogółem - **23,31 %**
 - dziewcząt - **9,09 %**, chłopców - **31,56 %**
- zaczepianie dziewcząt w celu nawiązania bliższego kontaktu fizycznego:
 - ogółem - **3,33 %**
 - dziewcząt - **0 %**, chłopców - **5,26 %**

Zainteresowanie sferą seksualną w badanej grupie dzieci i młodzieży skupia się przede wszystkim na obserwowaniu własnego ciała, zauważaniu w większym lub mniejszym stopniu zmian w jego wyglądzie, zachodzących w związku z procesem dojrzewania. Część badanych osób, podejmuje próby zredukowania pojawiającego się napięcia seksualnego poprzez masturbację. Dwie osoby są zainteresowane scenami erotycznymi w telewizji. Jedna osoba próbuje podglądać domowników podczas wykonywania czynności higienicznych. Jedna z osób podejmuje próby nawiązania kontaktu fizycznego z osobą płci przeciwnej.

III. Czy zdarza się, że u córki/syna widoczne są oznaki fizycznego pobudzenia seksualnego?

- DUŻE: ogółem - **26,64 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **42,08 %**
- MAŁE: ogółem - **9,99 %**
dziewcząt - **9,09 %**, chłopców - **10,52 %**
- ŻADNE: ogółem - **63,27 %**
dziewcząt - **90,90 %**, chłopców - **47,34 %**

36,63 % rodziców/opiekunów twierdzi, że zdarza im się zauważać u swoich dzieci oznaki fizycznego pobudzenia seksualnego.

IV. Czy zdarza się, że u córki/syna widoczne są oznaki psychicznego pobudzenia seksualnego?

- DUŻE: ogółem - **6,66 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **10,52 %**
- MAŁE: ogółem - **6,66%**
dziewcząt - **9,09 %**, chłopców - **5,26 %**
- ŻADNE: ogółem - **86,58 %**
dziewcząt - **90,90 %**, chłopców - **84,16 %**

13,32 % rodziców/opiekunów twierdzi, że zdarza im się zauważać u swoich dzieci oznaki psychicznego pobudzenia seksualnego.

V. Czy córka/syn masturbuje się?

- CZĘSTO: ogółem - **6,66 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **10,52 %**
- NIEKIEDY: ogółem - **13,32 %**
dziewcząt - **18,18 %**, chłopców - **10,52 %**
- NIGDY: ogółem - **79,92 %**
dziewcząt - **81,81%**, chłopców - **78,90%**

W grupie badanych dzieci i młodzieży 19,98 % niekiedy lub często masturbuje się, natomiast 79,92 % nigdy. Część osób niepełnosprawnych intelektualnie, u których występuje niepełnosprawność ruchowa, porażenie lub inne sprzężenia, nie

posiada technicznych możliwości uzyskania zaspokojenia seksualnego poprzez masturbację.

VI. Czy córka/syn podejmuje jakieś zachowania seksualne wobec innych osób?

- CZĘSTO: ogółem - **0 %**
- NIEKIEDY: ogółem - **6,66 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **10,52 %**
- NIGDY: ogółem - **93,24 %**
dziewcząt - **100 %**, chłopców - **89,42 %**

93,24 % badanych osób nie podejmuje zachowań seksualnych wobec innych osób.

VII. Czy córka/syn stara się ukryć swoje zainteresowania seksualne?

- CZĘSTO: ogółem - **0 %**
- NIEKIEDY: ogółem - **9,99 %**
dziewcząt - **0 %**, chłopców - **15,78 %**
- NIGDY: ogółem - **89,91 %**
dziewcząt - **100 %**, chłopców - **73,64 %**

Część osób ankietowanych, nie stara się ukryć swoich zachowań seksualnych, bądź też nie ma możliwości ich ukrycia. Dzieje się tak ze względu na znaczny stopień niepełnosprawności i związane z nim trudności w uświadomieniu, iż publiczne prezentowanie określonych zachowań seksualnych (np. autoerotycznych) nie jest akceptowane społecznie lub też z powodu współwystępujących z intelektualną niepełnosprawnością sprzężeń (np. niesprawność ruchowa, niedowidzenie i inne), co powoduje konieczność przebywania pod stałą opieką innych osób.

VIII. Czy pobudzenie seksualne córki/syna przejawia się w mowie?

- CZĘSTO: ogółem - **0 %**
- NIEKIEDY: ogółem - **0 %**
- NIGDY: ogółem - **23,31 %**
dziewcząt - **18,18 %**, chłopców - **26,30 %**
- CÓRKA/SYN NIE MÓWI: ogółem - **76,59 %**

dziewcząt - **81,81 %**, chłopców - **73,64 %**

76,59 % dzieci i młodzieży uczestniczących w badaniu - to osoby niemówiące. Wśród grupy osób mówiących, nie zaobserwowano, aby pobudzenie seksualne dziecka przejawiało się w mowie. Wynika to przede wszystkim ze znacznego stopnia niepełnosprawności oraz trudności komunikacyjnych.

IX. Jaki element zachowania seksualnego córki/syna, jest dla Pani/Pana najtrudniejszy?

- publiczne dotykanie własnych miejsc intymnych:

ogółem - **16,65 %**

dziewcząt - **0 %**, chłopców - **26,30 %**

Jako najtrudniejszy element zachowania seksualnego własnego dziecka niepełnosprawnego, rodzice/opiekunowie określają „publiczne dotykanie własnych miejsc intymnych”, często wskazujące na pojawiające się napięcie seksualne, a równocześnie na konieczność kształtowania u dziecka umiejętności powstrzymywania się od zachowań niezgodnych z normami społecznymi.

X. Czy Potrzebuje Pani/Pan jakiejś pomocy w sprawie rozwoju i zachowań seksualnych córki/syna? Jeśli tak, to jakiej?

- pogadanki, wykładu nt. jak reagować na rozbudzenie seksualne dziecka, co wówczas robić;
- pomocy w zakresie radzenia sobie z kłopotliwymi zachowaniami (np. masturbacją w miejscach publicznych);
- poradą, co robić, gdy dziecko się masturbuje, czy pozwalać?;
- poradą, jakie zajęcia zastępcze są pomocne, aby odwrócić uwagę dziecka od własnego ciała?;
- poradą, jak postępować, gdy zainteresowania seksualne nasilą się?

Respondenci oczekują pomocy w formie konkretnej porady dotyczącej radzenia sobie z takim nieakceptowanym społecznie zachowaniem dziecka niepełnosprawnego intelektualnie, jakim jest masturbacja w miejscach publicznych. Część rodziców/opiekunów nie ma pewności, czy należy pozwalać dziecku na redukcję napięcia seksualnego przez podejmowanie zachowań autoerotycznych,

jak postępować w przypadku ich nasilenia, oraz jakie zajęcia można zaproponować dziecku zastępczo.

WNIOSKI

- Mam pełną świadomość, że ograniczony zakres moich badań nakazuje dużą ostrożność w interpretacji uzyskanych wyników, które jednak dają nam wstępną orientację w poruszanych tutaj problemach.
- Głębsza niepełnosprawność intelektualna oraz współwystępujące z nią często sprzężenia chorobowe, bez wątpienia, chociaż w różnym stopniu, determinują rozwój psychoseksualny dojrzewającego nastolatka.
- Wychowanie seksualne osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, jest wyraźnie odmienne w porównaniu z wychowaniem seksualnym osób zdrowych. Istotne różnice wynikają głównie z konieczności znacznej indywidualizacji treści edukacji seksualnej oraz tempa jej przekazywania.
- Część rodziców/opiekunów młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie oczekuje konkretnych porad i wskazówek dotyczących rozwoju oraz zachowań seksualnych ich dzieci.
- Dla wielu rodziców/opiekunów najtrudniejszym elementem wychowania seksualnego, a zarazem bardzo pożądanym dla prawidłowego funkcjonowania społecznego osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, jest kształtowanie u dojrzewającego nastolatka umiejętności powstrzymywania się od zachowań nieakceptowanych społecznie (dotykania własnych miejsc intymnych oraz masturbacji w miejscach publicznych).

BIBLIOGRAFIA

- Cunningham, C. (1994). *Dzieci z zespołem Downa*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
 - Fornalik, J. http://www.bardziejkochani.pl/konf/prog/konf_29.doc.
 - Gapik, L. (1997). Seksuologia – wybrane zagadnienia. W: Z. Słomko (red.) *Ginekologia* (s. 395 – 424). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
-



- Gapik, L. (1998). Rozwój seksualny człowieka. W: J. Rzepka (red.) *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS*. Tom II (s. 361 –364). Katowice: Studio Wydawnicze “Agat”.
 - Gapik L. (2004). Zaburzenia rozwoju i funkcjonowania seksualnego. Podstawy diagnostyki i terapii. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.) *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*. (s. 93 – 104). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
 - Gapik L. (2005). Seksuologia. W: G. H. Bręborowicz (red.) *Położnictwo i Ginekologia*. Tom 2. (ss.899 – 916). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
 - Gapik, L. (2006). Funkcjonowanie seksualne w normie i patologii. W: *Przegląd Terapeutyczny 2006/1*, http://www.pttterapia.pl/~ptt/przeglad/01/Gapik_01.pdf.
 - Gapik, L. (2008). Seksuologia. Zagadnienia wybrane. W: Z. Słomko (red.) *Ginekologia* (s. 1089 - 1120). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
 - Jaczewski, A. (1978). Problemy seksualne upośledzonych umysłowo. W: I. Wald (red.). *O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
 - Lausch-Żuk, J. (1991). Dzieci głębiej upośledzone umysłowo. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
 - Olechnowicz, H. (1988). Potrzeby psychiczne dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. W: J. Kostrzewski (red.). *Z zagadnień psychologii dziecka upośledzonego umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
 - Twardowski, A. (1997). Pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami. W: Wł. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
 - Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r., http://www.tus.org.pl/tus_mambo/pdf/karta_praw_osob_niepelnosprawnych.pdf.
 - Waszyńska, K. *Materiały dydaktyczne dla słuchaczy STUDIÓW PODYPLOMOWYCH w zakresie SEKSUOLOGII UAM*, <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/PSS/index.htm>.
 - Wikipedia, http://pl.wikipedia.org/wiki/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87_intelektualna
-