



**KOŃCOWA WERSJA MODELU  
OII! – O INTYMNOŚCI INTELEKTUALNYCH INNOWACYJNIE**

**Kraków, wrzesień 2018**



## Spis Treści

|                |  |    |
|----------------|--|----|
| Rozdział I.    | Ramowy zapis koncepcji „OII! – O intymności intelektualnych innowacyjnie”.....   | 3  |
| Rozdział II.   | Opis trudności, z którymi borykają się odbiorcy innowacji.....   | 5  |
| Rozdział III.  | Potrzeby osób niepełnosprawnych w kontekście wyników superwizji przeprowadzonych z grupami opiekunów formalnych, nieformalnych i pracownikami służby zdrowia. .... | 9  |
| Rozdział IV.   | Scenariusze szkoleń dla opiekunów formalnych, nieformalnych i pracowników medycznych.....  | 12 |
| Rozdział V.    | Niezbędnik osoby świadomej- czyli „Nic co ludzkie-katalog postaw i zachowań wobec intymności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....                         | 42 |
| Rozdział VI.   | Wnioski i rekomendacje.....  | 49 |
| Rozdział VII.  | Podsumowanie .....   | 54 |
| Rozdział VIII. | Załączniki .....   | 55 |



## Rozdział I. Ramowy zapis koncepcji „OII! – O intymności intelektualnych innowacyjnie”

### *Skąd pomysł na Innowację z obszaru seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną?*

Proponowana innowacja społeczna skierowana jest do osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz do opiekunów osób zależnych. Diagnoza potrzeb została sformułowana w oparciu o wieloletnie doświadczenia zawodowe własne (ponad 7 lat pracy w charakterze trenera/psychologa/seksuologa oraz ponad 3 letnie doświadczenie superwizyjne) oraz w oparciu o raport opublikowany na stronie [www.rops.krakow.pl](http://www.rops.krakow.pl) powstały w wyniku spotkań warsztatowych realizowanych w ramach seminariów, w subregionach zorganizowanych przez Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych.

W trakcie zrealizowanych ponad 200h superwizyjnych w DPS na terenie woj. małopolskiego, pracownicy wskazali brak wiedzy i umiejętności w postępowaniu z seksualnością osoby niepełnosprawnej intelektualnie, ponadto widzieli dużą potrzebą uzupełnienia wiedzy opiekunów nieformalnych – rodziców i członków rodzin - z zakresu seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stanowiło to jeden z głównych obszarów przepracowywanych w ramach spotkań superwizyjnych. Spotkania z rodzinami osób niepełnosprawnych intelektualnie, które zgłaszają się na konsultacje indywidualne w ramach praktyki prywatnej, podnoszą nieumiejętność/trudność w radzeniu sobie z zachowaniami seksualnymi dorosłego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

Odpowiedzialna opieka spoczywająca na barkach rodziców i pracowników zajmujących się na co dzień osobami niepełnosprawnymi intelektualnie nie może ignorować zagadnień seksualności, która jest naturalną potrzebą fizjologiczną i popędem, który powinien być zaspokojony. Rolą opiekunów powinno być dążenie do stworzenia możliwości do zaspokojenia potrzeb seksualnych bez naruszania granic intymności zarówno opiekunów jak i osób zależnych. Opiekunowie wprost wyrażają potrzebę edukacji w tym zakresie, a u osób zależnych obserwuje się brak umiejętności prawidłowych zachowań w granicach intymności.

Rozwój psychoseksualny jest obszarem najmniej podejmowanym jeśli chodzi o zakres usług i wsparcie oferowane dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, psychiczną czy fizyczną. Niekiedy stanowi temat tabu, a warto zaznaczyć, że w **przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, jest to obszar, który rozwija się prawidłowo, tzn. nie jest „niepełnosprawny”**.

Działania zaproponowane w ramach tej innowacji docelowo miały za zadanie polepszyć/usprawnić/wesprzeć osoby niepełnosprawne intelektualnie i ich opiekunów w prawidłowym kształtowaniu i rozwijaniu obszaru psychoseksualnego. W Polsce, liczba specjalistów zajmujących się udzielaniem wsparcia/porad w obszarze seksuologii przeznaczony dla osób niepełnosprawnych jest niewystarczająca. Zarówno niepełnosprawni jak i ich opiekunowie mają problem ze znalezieniem konkretnych specjalistów zajmujących się np. ginekologią/urologią osób niepełnosprawnych zwłaszcza pod kątem przystosowania gabinetów i czasu trwania takich wizyt.

### *Po co komu taka Innowacja?*

Wprowadzenie działań innowacyjnych przyczyni się do:

1. Zapewnienia dostępu do rzetelnej wiedzy nt. seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, jej wspierania oraz umiejętnego zaspokajania potrzeb beneficjentów bez naruszania granic intymności – dla opiekunów osób zależnych;
2. Zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań agresywnych, ze strony społeczeństwa – udział osób z niepełnosprawnością intelektualną w zajęciach z zakresu edukacji seksualnej, spotkania ze specjalistami przełoży się na większą świadomość i



umiejętność eksponowania swoich zachowań w otwartej przestrzeni społecznej ( przypadki, gdy osoby z niepełnosprawnością intelektualną są atakowane ze strony tzw. „zdrowego społeczeństwa”, ponieważ okazują sobie uczucia, czy podejmują czynności seksualne przekraczając granice intymności innych osób (np. publiczne zachowania masturbacyjne, „oblepianie czułymi objęciami obce osoby”, zbyt czułe okazywanie sobie uczuć, akt seksualny, itp.);

3. Zmniejszenie osamotnienia osób z niepełnosprawnością, wskazanie że niepełnosprawność nie ma związku z obszarem seksualnym, że mają prawo do prawidłowego zaspokajania swoich potrzeb, tworzenia relacji z partnerem, zakładania rodzin, itp.;
4. Oswojenia społeczeństwa z myślą i faktem, że osoby niepełnosprawne również mają prawo do zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych;
5. Zmniejszenie wystąpienia zachowań z zakresu tzw. przemocy seksualnej występującej wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną – edukacja nt. złego dotyku, ochrona przed namową do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, czy gwałtu, itp.;
6. Uświadomienie opiekunów osób niepełnosprawnych, że poza obszarem którego dotknęła niepełnosprawność ich podopieczny będzie przechodził prawidłowy rozwój psychoseksualny, a co się z tym wiąże, w zależności od wieku rozwojowego będzie przejawiał zachowania seksualne, które są w granicach normy, a ewentualne „niepoprawne” zachowania nie świadczą o niepełnosprawności, a jedynie o braku wsparcia ze strony opiekunów
7. Zmniejszenie prawdopodobieństwa seksualnych zachowań przemocowych pomiędzy osobami z niepełnosprawnością intelektualną, a opiekunami (problem często superwizowany przez pracowników DPS, opiekunów osób zależnych, którzy nie wiedzą jak mają uchronić swoich członków rodziny, nie szkodząc osobie niepełnosprawnej);  
Zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia chorób ginekologicznych i urologicznych. Rzadko kobiety i mężczyźni z niepełnosprawnością intelektualną są profilaktycznie konsultowani u ginekologa lub urologa. Projekt umożliwił przeprowadzenie takich konsultacji.

### ***Jak ma działać Innowacja?***

Proponowaną przeze mnie innowacją była koncepcja modelu podniesienia jakości usług opiekuńczych poprzez przetestowanie innowacyjnego modelu zintegrowanej formy wsparcia dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich rodzin w obszarze sfer intymnych.

Wsparcie zaplanowano trójplaszczynowo:

1. W obszarze **trenowania bezpiecznych zachowań seksualnych** u osób niepełnosprawnych intelektualnie
2. **Wspieraniu opiekunów i otoczenia** osób niepełnosprawnych intelektualnie w obszarze nastawienia i profesjonalnego podejścia do intymności i seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie.
3. **Wskazań/procedury opieki nad pacjentem niepełnosprawnym intelektualnie** dla środowisk medycznych

Pomimo szerokiej oferty wsparcia dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, wielu programów wspierających i kształcących osoby niepełnosprawne intelektualnie i ich opiekunów brakuje programów/materiałów umożliwiających **przekazywanie** i **zdobywanie** wiedzy nt. kształtowania prawidłowych zachowań seksualnych wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz przygotowania opiekunów.

Doświadczenie zawodowe własne oraz trudności podnoszone podczas realizacji superwizji w placówkach świadczących opiekę na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazują na brak



gotowych programów, procedur zachowań dla opiekunów chcących realizować wsparcie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w obszarze seksualności.

### ***Jak testowano działanie Innowacji?***

W procesie testowania zostały przeprowadzone superwizje z zakresu seksualności i intymności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Uczestnikami superwizji były trzy grupy:

- Opiekunowie nieformalni – czyli osoby z otoczenia osób niepełnosprawnych intelektualnie, które nie sprawują opieki na co dzień a jedynie sporadycznie lub biernie (obserwacja, współprzeżywanie) mają kontakt z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, są to członkowie rodzin, sąsiedzi
- opiekunowie formalni czyli osoby wykwalifikowane do pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie (np. pracownicy dziennych placówek sprawujących opiekę nad niepełnosprawnymi intelektualnie)
- pracownicy służby zdrowia (pielęgniarka, lekarz, fizjoterapeuta, rehabilitant, dietetyk, itp.)

Każda z grup odbyła po 3 spotkania superwizyjne podczas których zebrany został materiał dotyczący trudności, wyzwań i potrzeb w zakresie zachowań, reakcji i postępowania z seksualnością/intymnością osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Opracowanie materiału powstałego podczas spotkań superwizyjnych pozwoliło na określenie potrzeb, trudności a tym samym wskazało zagadnienia – wyzwania, które wymagają wsparcia.

Podczas spotkania zespołu ekspertów, na podstawie raportów posuperwizyjnych, przygotowane zostały procedury profesjonalnych zachowań dla trzech grup. Przygotowane procedury zostały opracowane przez zespół ekspertów.

Ostatnim etapem testowania innowacji było przeszkolenie wszystkich trzech grup z procedur odnoszących się indywidualnie do każdej z grup (każda grupa docelowa ze swojej procedury).

Seksualność niepełnosprawnych intelektualnie nadal jest dla osób spoza wąskiego grona specjalistów tematem tabu. Wynika to w głównej mierze z niewiedzy bądź lęku przed łączeniem zagadnień seksualności i niepełnosprawności intelektualnej. Jest to temat, którego rodziny i opiekunowie osób niepełnosprawnych intelektualnie, a niestety i lekarze często unikają. Celem innowacji była pomoc w zrozumieniu seksualności, jej odrębności i determinant u osób niepełnosprawnych intelektualnie, a tym samym pomoc w zrozumieniu problemów i zachowań pacjentów oraz we właściwym kształtowaniu postaw ich rodzin i opiekunów.

## **Rozdział II. Opis trudności, z którymi borykają się odbiorcy innowacji**

Głównym celem osób sprawujących opiekę nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, powinno być dążenie do tego, aby jak najlepiej zrozumieć seksualność oraz jej specyfikę. Dzięki właściwemu podejściu, postawie, edukacji, rozmowie i zaleceniom mogą pomagać niepełnosprawnym intelektualnie zrozumieć ich seksualność oraz to, w jaki sposób mogą sobie z nią radzić.

Wszystkie etapy seksualności: dziecięca, młodzieńcza, dorosła i starcza – występują w populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Mogą one jednak pojawiać się z opóźnieniem, zatrzymywać w określonym stadium, być źle ukierunkowane, przeżywane w sposób nieprawidłowy, niepełny bądź przesadnie zaznaczony. Typowym zjawiskiem jest brak zrównoważenia pomiędzy tempem rozwoju biologicznego, umysłowego, uczuciowego, duchowego i behawioralnego. Efektem tego jest przemieszanie dziecięcości, młodzieńczości, dorosłości i starości u tych samych osób. Osoby niepełnosprawne intelektualnie podlegają takim samym prawom rozwojowym w zakresie seksualności jak każdy człowiek. Uniwersalność tego rozwoju polega na pozostawaniu pod wpływem różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, co stanowi podstawę utworzenia indywidualnego kontekstu warunkującego niepowtarzalny rozwój jednostki.



Każdy niepełnosprawny intelektualnie jest w innym stopniu rozwinięty intelektualnie, psychicznie, fizycznie ze względu na odmienne uszkodzenia układu nerwowego. Uszkodzenia te wpływają na kształtowanie się osobowości, a tym samym seksualności. Poniższa tabela przedstawia przejawy spóźnionej seksualności charakterystyczne dla danej fazy rozwojowej<sup>1</sup>.

| Faza rozwojowa          | Postawa  | Przejawy spóźnionej seksualności charakterystyczne dla danej fazy rozwojowej  |
|-------------------------|--|---|
| Seksualność dziecięca   | Potrzeba więzi i przynależności do dorosłego człowieka, potrzeba akceptacji, afirmacji ciała, nauka bliskości  | Objawy choroby sieroczej z dominującym opóźnieniem rozwoju intelektualnego, brakiem mowy, wysoki poziom lęku, nieumiejętność uczenia się przez naśladownictwo. Ponadto dążenie do stałej bliskości z matką, obłapianie, obnażanie się |
| Seksualność młodzieńcza | Odejście od relacji z rodzicami na rzecz relacji z rówieśnikami, zmiany w fizyczności, dążenie do akceptacji w grupie rówieśniczej, potrzeba podobań się, napięcie seksualne | Mniejsze tendencje do bycia w grupie, pozostanie zależnym od dorosłych, nieśmiałość w kontaktach intymnych, niski poziom wiedzy na temat płciowości   |
| Seksualność dojrzała    | Zdolność zdobycia partnera seksualnego, zdolność do prokreacji i opieki nad potomstwem, świadoma realizacja potrzeb seksualnych  | Zdolności rozrodcze tym słabsze, im głębszy stopień niepełnosprawności intelektualnej   |
| Seksualność starcza     | Seks nie jest biologicznie niezbędny, psychologicznie nie budzi zainteresowania  | Wyparcie potrzeb seksualnych  |

Tabela 1.

Rozwój psychoseksualny osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie przebiega przez te same fazy i obejmuje te same aspekty, co rozwój osób pełnosprawnych. Różnica polega na tym, że w przypadku osób niepełnosprawnych przebieg ten może być wolniejszy, tak jest w przypadku rozwoju biologicznego. **Należy pamiętać o tym, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają wrodzony popęd seksualny, prawidłowo rozwinięte narządy płciowe, oraz prawidłowe wydzielanie hormonów płciowych. Kobiety niepełnosprawne intelektualnie prawidłowo miesiączkują, chociaż wiek pierwszej miesiączki w porównaniu z grupą dziewcząt w normie intelektualnej jest opóźniony o 3-4 lata.** Niestety brak prawidłowej specjalizacji seksualnej, jak również ciągłe zaprzeczanie istnienia potrzebom seksualnym osób niepełnosprawnych intelektualnie – wadliwe postawy otoczenia, pedagogów, terapeutów, rodziców – skutkują tym, iż obraz psychoseksualny osób niepełnosprawnych przebiega w sposób zaburzony<sup>2</sup>.

### Specyfika zachowań seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie

Już w 1982 roku Rosalyn Kramer w poradniku dla terapeutów seksualnych opisała specyfikę zachowań seksualnych w odniesieniu do osób upośledzonych w różnym stopniu:

<sup>1</sup> Depko A. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: Bobińska K, Pietras T, Gatecki P (red.). *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Continuo, 2012.

<sup>2</sup> Kijak R., *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.



## OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W STOPNIU LEKKIM

- mają podobne do osób w normie intelektualnej potrzeby i zachowania seksualne, w podobny sposób kontrolują swój popęd seksualny,
- rozumieją i potrafią wykorzystać informacje przekazywane w ramach edukacji seksualnej, chętnie korzystają z poradnictwa i terapii seksualnej (edukację seksualną oraz kształtowanie zdolności adaptacyjnych najlepiej rozpoczynać w dzieciństwie),
- działają bardziej instynktownie niż racjonalnie,
- mają częste kontakty seksualne kazirodcze, czasami działając pod przymusem.

## OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W STOPNIU UMIARKOWANYM

- rozwój drugorzędnych cech płciowych może być opóźniony,
- częściowo rozumieją to, co jest przekazywane w ramach edukacji seksualnej, ale nie zawsze potrafią zmienić czy też kontrolować swoje zachowanie w tym zakresie,
- funkcjonują na poziomie nagród i wzmocnień, wymagają zastosowania technik behawioralnych.

## OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W STOPNIU ZNACZNYM

- bardzo słabo kontrolują potrzeby seksualne,
- mają ograniczoną zdolność przewidywania konsekwencji zachowań seksualnych,
- nie rozumieją właściwych zasad, jakie obowiązują w społeczeństwie, stąd takie problemy jak: rozbieranie się, okazywanie potrzeb seksualnych w miejscach publicznych,
- wymagają zastosowania technik behawioralnych.

## OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W STOPNIU GŁĘBOKIM

- zaspokajają potrzeby seksualne przede wszystkim poprzez masturbację, w przypadku niektórych zdarza się to bardzo często lub z uszkodzeniem genitaliów,
- przejawiają zachowania impulsywne,
- mają bardzo często ograniczoną możliwość przewidywania konsekwencji zachowań seksualnych oraz przejawiają zachowania powszechnie nieakceptowane.

Aktywność seksualna osób niepełnosprawnych służy zaspokajaniu wielu potrzeb psychicznych (miłości, akceptacji, uznania, szacunku, bezpieczeństwa, samorealizacji). Właściwie przeżywana własna seksualność może być motorem aktywności i źródłem życiowej satysfakcji, dlatego mając na uwadze troskę o poprawę losu osób niepełnosprawnych intelektualnie, należy wspierać nie tylko ich rozwój intelektualny, ale także uczuciowy i seksualny.

Według profesor Kościelskiej tory rozwoju psychoseksualnego są wielorakie i obejmują:

- rozwój biologiczny,
- rozwój poznawczy (wiedza o seksualności, wychowanie seksualne),
- rozwój wrażeń (świadomość wrażeń erotycznych, możliwość ich doznawania),
- rozwój społeczny (umiejętność bycia wśród ludzi),
- rozwój uczuciowy (tworzenie więzi, miłość),
- rozwój funkcji - JA (kształtowanie się tożsamości płci, ustalanie granic, odpowiedzialność za siebie i innych)<sup>3</sup>;

---

<sup>3</sup> Kościelska M. *Niechciana seksualność*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski, 2004.



## SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Niepełnosprawni intelektualnie są bardziej ufni, mniej świadomi niebezpieczeństwa, łatwowierni, bardziej ufają obcym, nie mają poczucia zagrożenia, postrzegani są jako osoby, którym i tak nikt nie uwierzy, które nie zrelacjonują przebiegu wydarzeń. Tym samym są bardziej narażeni na wykorzystywanie seksualne. Badania na całym świecie potwierdzają, że aktywność seksualna osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną nie odbiega istotnie od aktywności pozostałej części społeczeństwa. Jest natomiast mniejsza w grupie osób z głębszą niepełnosprawnością.

Trudność kształtowania i rozumienia własnej seksualności polega na tym, że rozwój somatyczny nie dokonuje się równoległe z rozwojem emocjonalnym.

Do czynników zaburzających kształtowanie się prawidłowej osobowości osób niepełnosprawnych intelektualnie należą:

- osłabiona samokontrola i krytycyzm oraz wynikająca z nich niska samoocena i nadmierna ufność,
- identyfikacja z rolą społeczną dziecka,
- problemy w budowaniu własnych potrzeb,
- słabe funkcjonowanie w rolach społecznych,
- słaby poziom myślenia przyczynowo-skutkowego,
- niski poziom aktywności społecznej,
- słabe różnicowanie zachowań poprawnych,
- mały zakres wiedzy,
- trudność w definiowaniu własnych emocji.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie ze względu na gorsze zapamiętywanie informacji i trudności w uczeniu się wiążą wszelkie doświadczenia, sytuacje, emocje towarzyszące z pierwszymi doznaniem seksualnymi. W niekorzystnych warunkach może dojść do utrwalenia nieprawidłowego sposobu uzyskiwania satysfakcji seksualnej. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mają słabo rozwiniętą mentalizację potrzeb seksualnych uwarunkowaną słabym zasobem doświadczeń i odbieranych bodźców. Często zatrzymują się na etapie autoerotyki (masturbacja) i to ona staje się najłatwiejszym i najskuteczniejszym sposobem rozładowania napięcia seksualnego.

Gdy osoby niepełnosprawne intelektualnie zaczynają dojrzewać i odczuwać swoją seksualność, należy rozpocząć właściwą edukację – wyjaśniać, czym jest dojrzewanie i jakie są jego objawy, zmniejszać lęk związany ze zmianami fizycznymi i fizjologią seksualności, uczyć intymności zachowań seksualnych i przede wszystkim nie wzbudzać poczucia winy z powodu odczuwania seksualności.

Niepełnosprawni intelektualnie ze względu na pewne cechy, jak duża ufność, zaburzona zdolność myślenia abstrakcyjnego, zbyt mała wiedza na temat swojej seksualności, nieumiejętność właściwej komunikacji, lęk przed odrzuceniem, poczucie dużej zależności i autorytetu dorosłych i opiekunów, łatwo mogą paść ofiarą nadużyć seksualnych. Podstawą diagnozowania w takich sytuacjach jest przede wszystkim obserwacja podopiecznego, jego reakcji na osoby z najbliższego otoczenia, na neutralny, przyjacielski dotyk. Czasami lęk, niepokój, rozdrażnienie, zachowania agresywne bądź zmiana dotychczasowych zachowań może sugerować problem, z którym osoba niepełnosprawna intelektualnie nie umie sobie poradzić. Niekiedy problemy z kontrolowaniem zachowań seksualnych mogą prowadzić do naruszenia powszechnie obowiązujących norm bądź wolności seksualnej innych osób.



## JAKIE PODEJMOWAĆ DZIAŁANIA, ABY SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NIE STANOWIŁA TABU?

- edukacja seksualna powinna trwać od urodzenia; już dziecko należy uczyć nazw narządów płciowych, poznawać zmiany w wyglądzie fizycznym, zmiany fizjologiczne (miesiączka, ejakulacja), zasady współżycia społecznego; dziecko powinno ćwiczyć umiejętność nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania kontaktów z drugim człowiekiem,
- wiedza powinna być dostosowana do stopnia rozwoju intelektualnego,
- uczyć, jakie zachowania są prawidłowe i w jakich sytuacjach można przejawiać dane zachowanie, które zachowania są akceptowane społecznie, a które wymagają intymności
- uczyć asertywności, nazywać emocje i uczucia,
- przekazywać rzetelną, obiektywną wiedzę,
- uczyć, że nie każdy człowiek jest dobry, że nie każdemu można okazywać takie same emocje (bliski-obcy), uczyć odróżniać dobro od zła,
- trzeba nauczyć się rozpoznawać fizyczne oznaki nadużyć seksualnych – nieprzypadkowe uszkodzenia ciała, otarcia, zaczerwienienia w okolicach intymnych,
- umieć obserwować i uczyć obserwować opiekunów pod kątem zmian zachowania; niepokój, napięcie, agresja, autoagresja, izolacja społeczna, unikanie bliskości fizycznej, nadwrażliwość na dotyk – to zachowania, które gdy pojawiają się nagle, mogą świadczyć o szeroko pojętym stresie przeżywanym przez osobę niepełnosprawną intelektualnie wskutek traumatycznej sytuacji; analiza okoliczności występowania podobnych zachowań może naprowadzić na źródło przeżywanego stresu,
- nie nazywać czynności związanych z fizjologią seksualności (masturbacji) czymś złym, nie wzbudzać poczucia winy i nie karać osób niepełnosprawnych intelektualnie za odczuwanie seksualności,
- uczyć rozmawiać o seksualności z niepełnosprawnymi intelektualnie.

### Rozdział III. Potrzeby osób niepełnosprawnych w kontekście wyników superwizji przeprowadzonych z grupami opiekunów formalnych, nieformalnych i pracownikami służby zdrowia.

Proces realizacji spotkań superwizyjnych z przedstawicielami każdej z trzech grup opiekunów, pokazał, że potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie seksualności i intymności bezpośrednio przekładają się na trudności w sprawowaniu opieki każdej z grup. W toku analizy materiału superwizyjnego wszystkie trudności i wyzwania w zakresie doświadczeń w pracy i radzenia/nie radzenia sobie z seksualnością osób z niepełnosprawnością intelektualną, zostały usystematyzowane i zaprezentowane w tabeli nr 2.

| Potrzeby w obszarze seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, a trudności/wyzwania dla ich opiekunów w zakresie sprawowania opieki  | Op. formalni | Op. nieform. | Op. medycz. |
|--|--------------|--------------|-------------|
| 1. <b>Bezpieczna reakcja opiekuna w przypadku zachowań masturbacyjnych.</b><br>Zachowania masturbacyjne o różnym stopniu nasilenia i intensywności przejawiane w przestrzeni publicznej (np. szkole, poczekalni, autobusie, miejscu zamieszkania, innych), z naruszeniem granic osób biernie uczestniczących | X            | X            | X           |



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>2. Bezpieczna reakcja opiekuna w przypadku zachowań agresywnych o podłożu seksualnym.</b><br/>Zachowania agresywne w stosunku do opiekunów, wynikające z potrzeby rozładowania napięcia seksualnego, prezentowane w momencie nieprawidłowych/nieskutecznych interwencji podejmowanych przez opiekunów</p>   | X | X | X |
| <p><b>3. Edukacja niezbędna w zakresie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.</b><br/>Błędne postrzeganie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, wynikające z postrzegania niepełnosprawności intelektualnej jako tożsamej z upośledzeniem zachowań seksualnych.</p>  | X | X | X |
| <p><b>4. Edukacja seksualna w zakresie prawidłowych postaw higieny</b><br/>Konieczność edukacji każdej z grup sprawujących opiekę w zakresie restrykcyjnego przestrzegania zasad higieny u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zbyt rzadka zmiana bielizny, podpasek, nieregularne, sporadyczne mycie miejsc intymnych (np. pod napletkiem u mężczyzn). Zmiana odzieży.</p>   | X | X |   |
| <p><b>5. Edukacja seksualna w zakresie prawidłowych postaw higieny osób pampersowanych.</b><br/>Specyficzna trudność u osób pampersowanych polegają na przejawianiu przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną mechanicznych zachowań masturbacyjnych, czyli takich, dla których bodźcem nie jest potrzeba rozładowania napięcia seksualnego ale np. swędzenie, pieczenie okolic intymnych, wynikające z nieprzestrzegania zasad higieny przez opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną (osoba chcąc się podrapać doświadcza doznań/przyjemności wynikającej z dotyku miejsc intymnych co prowokuje ją do kontynuowania zachowania).</p> | X | X |   |
| <p><b>6. Edukacja rodzinna w zakresie zachowań osób i dzieci zdrowych w stosunku do osoby z niepełnosprawnością intelektualną.</b><br/>Właściwa reakcja na zaobserwowane prawidłowe zachowania seksualne (np. masturbacyjne) niepełnosprawnego członka rodziny, jako reakcja wzmacniająca i utrwalająca prawidłowe wzorce u osoby z niepełnosprawnością intelektualną.</p>  |   | X |   |
| <p><b>7. Edukacja społeczna w zakresie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną i prawidłowych postaw/zachowań w sytuacjach biernego uczestnictwa.</b><br/>Większość nieprawidłowych zachowań osób zdrowych i ich reakcji na zachowania seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną, wynika z niewiedzy, braku informacji i edukacji a także przekonań ideologicznych, religijnych (np. wynikających z wychowania) prowadzących w konsekwencji do utrwalania nieprawidłowych</p>  | X | X | X |



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| postaw zarówno w samych osobach niepełnosprawnych jak też ich opiekunach i osobach zdrowych, biernie towarzyszących.  |   |   |   |
| <p><b>8. Kształtowanie dress-codu adekwatnego do miejsca pracy/opieki – jako postawa podnosząca bezpieczeństwo opiekunów i komfort podopiecznych.</b></p> <p>Bodźce wyzwalające zachowania seksualne, różnią się w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną. Np. bluzka na ramiączkach w upalny dzień może oddziaływać pobudzająco na osobę i doprowadzać do nieprawidłowych zachowań seksualnych.</p>  | X | X |   |
| <p><b>9. Bezpieczne warunki przeprowadzenia badań/konsultacji obejmujących sfery intymne osoby (ginekologia/urologia).</b></p> <p>Obecność lekarza/pielęgniarki a nawet osoby w kitlu wywołuje u osób z niepełnosprawnością intelektualną reakcje lękowe i samoobronne co może prowadzić do zachowań agresywnych i unikowych. Znacząco utrudnia to lub wręcz uniemożliwia odbycie wizyty, wykonanie badań, przeprowadzenie podstawowych zabiegów, realizację działań profilaktycznych (np. cytologia, USG piersi, urologiczne, badania prostaty, inne).</p>   |   |   | X |
| <p><b>10. Ułatwiony dostęp do antykoncepcji dla osób z niepełnosprawnością intelektualną – problem odpowiedzialności za podejmowane decyzje, w tym aspekt zakładania rodziny.</b></p> <p>Kwestia nierozstrzygniętych dylematów moralnych dotyczących wiązania się w stałe związki i zakładania rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną.</p>   | X |   |   |
| <p><b>11. Realizowanie prawidłowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną pozostających w związku.</b></p> <p>Panuje błędne przekonanie, z osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie powinny wchodzić w związki seksualne z innymi osobami. Tymczasem z punktu widzenia seksuologii, co znalazło potwierdzenie podczas spotkań superwizyjnych – jest to najbardziej naturalny i prawidłowy sposób rozładowania napięcia seksualnego. Superwizje wskazały, że osoby zależne (w zależności od stopnia niepełnosprawności) potrafią funkcjonować w związkach i przy odpowiednim wsparciu właściwie realizować funkcje seksualne związków. Jak pokazały zrealizowane spotkania superwizyjne, nakłada to dodatkowy obowiązek na opiekunów i rodziny osób z niepełnosprawnością intelektualną ale jednocześnie pozwala uniknąć trudności wynikających z nieprawidłowych zachowań seksualnych opisanych np. w punkcie 1, 2, 8, innych tabeli nr 2.</p> | X | X |   |
| <p><b>12. Działania zapobiegające wchodzeniu osób z niepełnosprawnością intelektualną w niebezpieczne, przemocowe związki polegające na wykorzystywaniu seksualnym osoby z niepełnosprawnością intelektualną.</b></p> <p>Ze względu na infantylną strukturę osobowości i zaburzone procesy</p>  | X | X |   |



|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>poznawcze, osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają trudność w prawidłowej ocenie sytuacji. Przejawia się to błędnym interpretowaniem zachowań przemocowych seksualnie jako przejawów bliskiej relacji. Prowadzić to może do nadużyć, również w sferze prawnej (nagrywanie amatorskich filmów pornograficznych).</p>  |   |   |   |
| <p><b>13. Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie opieki prenatalnej i wspierającej macierzyństwo</b><br/>Osoby z niepełnosprawnością intelektualną zostają rodzicami. Taka sytuacja nakłada na opiekunów dodatkowe trudności wynikające z konieczności sprawowania opieki nie tylko nad osobą zależną ale i jej potomstwem. Kluczowym dla takich sytuacji jest przekazanie osobie niepełnosprawnej wiedzy niezbędnej do maksymalnie samodzielnego sprawowania prawidłowej opieki nad swoim dzieckiem przy jednoczesnym działaniu wspierającym opiekuna. Optymalną wydaje się sytuacja opracowania specjalnych procedur/programu edukacyjnego, który stanowiłby merytoryczne wsparcie edukacyjne.</p> | X | X | X |
| <p><b>14. Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie „dobrego i złego” dotyku</b><br/>Zależność osoby z niepełnosprawnością intelektualną od swoich opiekunów może prowadzić do sytuacji przemocowych w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Odpowiednia edukacja osób zależnych w zakresie tego kto i w jaki sposób może okazywać bliskość oraz co stanowi zachowanie/gest ryzykowny/niebezpieczny wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych w ich środowisku domowym</p>  | X | X |   |

#### Rozdział IV. Scenariusze szkoleń dla opiekunów formalnych, nieformalnych i pracowników medycznych.

Poniższe scenariusze dla każdej z 3 grup: opiekunów formalnych, nieformalnych oraz medycznych zostały opracowane w oparciu o poradnik I. Fornalik „Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną?” oraz doświadczenie własne w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz opiekunami formalnymi/nieformalnymi/medycznymi.



## SCENARIUSZ SZKOLEŃ DLA MODELU „OII! O INTYMNOŚCI INTELEKTUALNYCH INNOWACYJNIE”

### DLA OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH

#### SCENARIUSZ 1: „MASTURBACJA – W JAKI SPOSÓB PRAWIDŁOWO PRZEPROWADZIĆ INTERWENCJĘ W PRZYPADKU ZAOBSEROWANEGO ZACHOWANIA MASTURBACYJNEGO

##### **CELE ZAJĘĆ:**

- Integracja i stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i otwartości,
- Dostrzeżenie seksualności dorosłej osoby niepełnosprawnej intelektualnie,
- Omówienie podstawowych zagadnień z obszaru zachowań masturbacyjnych oraz nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższych obszarów z osobą niepełnosprawną intelektualnie,
- Nabycie umiejętności z zakresu prowadzenia prawidłowej interwencji w przypadku uporczywych zachowań seksualnych
- Umiejętność rozróżnienia 3 typów zachowań masturbacyjnych.

##### **CZAS TRWANIA:** 8H DYDAKTYCZNYCH

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:** papier flipchart, markery, długopisy, rzutnik, laptop, film edukacyjny.

#### **ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 1: MASTURBACJA**

Celem tych ćwiczeń jest przekazanie konkretnej wiedzy na temat tego jak rozmawiać z dorosłą osobą niepełnosprawną intelektualnie na temat podejmowanych zachowań masturbacyjnych.

- Wprowadzenie w zagadnienie masturbacji. Dlaczego temat masturbacji nadal budzi silne emocje?  
Nadal przez część osób masturbacja traktowana jest jako zachowanie odbiegające od normy, niebezpieczne, będące przejawem zaburzeń seksualnych czy psychicznych.  
W przypadku osób w normie intelektualnej jest niewidoczna, bo osoby te robią wszystko by ją ukryć. Osoby niepełnosprawne intelektualnie często nie wiedzą kiedy ich zachowanie jest łamaniem społecznych norm  
Burza mózgów nt. własnych odczuć/skojarzeń dotyczących zachowań masturbacyjnych u podopiecznych
- Zapoznanie uczestników i omówienie 3 rodzajów zachowań masturbacyjnych.



## MASTURBACJA



| <b>ROZWOJOWA</b>                        | <b>EKSPERYMENTALNA</b>                 | <b>INSTRUMENTALNA</b>                              |
|---|--|--|
| Nastawienie na osiągnięcie przyjemności | Nastawienie na zaspokojenie ciekawości | Nastawienie na inne potrzeby                       |
| Powtarzalny schemat                     | <b>Brak stałego schematu</b>           | Powtarzalny schemat                                |
| Przemija z czasem                       | Przemija po interwencji                | Przemijanie po zaspokojeniu potrzeby               |
| <b>Niejawność, ukrywanie</b>            | Jawność, nieukrywanie                  | Jawność, demonstracyjność                          |
| Brak uszkodzeń ciała                    | <b>Możliwość uszkodzenia ciała</b>     | Rzadkie uszkodzenia ciała                          |
| Brak uporczywości                       | Brak uporczywości                      | <b>Uporczywe trwanie aż do usunięcia przyczyny</b> |
| Podatność na wpływy                     | Podatność na wpływy                    |  |

### MASTURBACJA ROZWOJOWA: JAK REAGOWAĆ?

Nie koncentruj się na niej, dyskretnie odwróć uwagę dziecka np.: poprzez zaproszenie do ciekawej zabawy. Krzyk i kary mogą utrwalić masturbację.

### MASTURBACJA EKSPERYMENTALNA: JAK REAGOWAĆ?

Wytłumacz dziecku, że nie należy bawić się w zabawy, które mogą zagrażać zdrowiu, nie można ranić się, uszkadzać swojego ciała. Masturbacja eksperymentalna powinna być sygnałem do podjęcia z dzieckiem tematyki związanej z budową ciała. Dziecko wyposażone w wiedzę nie będzie musiało szukać jej na własną rękę i eksperymentować.

### MASTURBACJA INSTRUMENTALNA: JAK REAGOWAĆ?

Skup się na konkretnych przyczynach. Pomoc powinna polegać na rozwiązaniu problemu dziecka, np.: nauczenie radzenia sobie ze stresem, lękiem. Koncentracja na wyeliminowaniu masturbacji jest najczęstszym powodem niepowodzeń wychowawczych. Gdy dziecko masturbuje się z lęku a rodzic na nie za to krzyczy, mówi że to złe lęk wzrośnie i do tego pojawi się poczucie winy i masturbacja nasili się.

- Analiza opisów przypadków przygotowanych na szkolenie, w celu rozróżnienia 3 typów zachowań masturbacyjnych. Ćwiczenia w podgrupach. Uczestnicy mają za zadanie odpowiedzieć na pytania oraz wypisać na kartkach flipchart:
  - jakie skojarzenia/fantazje pojawiają się wam w głowie po przeczytaniu przypadku?
  - jaki rodzaj masturbacji diagnozujesz i dlaczego?
  - jakie formy wsparcia/interwencję przeprowadziłbyś i dlaczego?
 Na koniec uczestnicy otrzymują prawidłowe odpowiedzi.

### OPIS PRZYPADKU NR 1

Ewelina (13 lat) zespół Downa, jeszcze nie miesiączkuje. Wykorzystuje różne przedmioty, bok wersalki, kant stołu do stymulacji. Rękami się nie stymuluje. Kładzie się na lalkę,



maskotkę. Całuje koleżanki w usta bardzo natarczywie. Dotyka inne osoby w miejsca intymne, np. mamę w biust (jak mama ma wtedy reagować?), obce osoby też. W nocy czasami śpi z matką, trze wtedy nogami po ciele mamy. Mama Eweliny twierdzi że córka robi to świadomie i nieświadomie np. w nocy. W nocy też potrafi się rozebrać z piżamy, zmoczyć prześcieradło. Wcześniej rozbierała się też do naga i taka wychodziła ze szkolnej ubikacji, teraz już tego nie robi.

## **OPIS PRZYPADKU NR 2**

Chłopiec pięcioletni, uczęszczający do przedszkola drugi rok. Wychowuje się w rodzinie pełnej, ma młodszego brata. Ze względu na trudności w rozwoju objęty jest w przedszkolu wczesnym wspomaganiami. Opóźniony jest rozwój motoryki, występuje wada wymowy oraz zaburzenia integracji sensorycznej. Chłopiec jest spokojny, typ - obserwator, wycofany społecznie, lękowy, napięty, nieśmiały. Podczas zabawy swobodnej chłopiec obserwuje inne dzieci lub bawi się sam, rzadko włącza się do wspólnej zabawy. Objawy masturbacji można zaobserwować podczas "leżakowania" (półgodzinnego odpoczynku na dywanie po obiedzie) oraz siedzenia przy stoliku. Podczas odpoczynku chłopiec kładzie się na brzuchu, pręży się i pociera dolną częścią ciała o dywan. Czasami dotyka się także rękami (wkłada je do spodni). Natomiast podczas posiłku lub zajęć dydaktycznych chłopiec rusza nogami, rozszerza je, a następnie zaciska, uderza jedną o drugą, dotyka się. Przed rozpoczęciem wymienionych powyżej zachowań chłopiec obserwuje, czy opiekunowie grupy na niego patrzą. Przy braku reakcji nie przestaje się onanizować. Z informacji uzyskanych od mamy wynika, że takie sytuacje powtarzają się w domu - szczególnie podczas leżenia na brzuchu.

- **DLACZEGO SIĘ MASTURBUJĄ?** Zapoznanie uczestników szkolenia z pozaseksualnymi przyczynami zachowań masturbacyjnych. Wykład.

### **Przyczyny masturbacji:**

Odczuwanie silnego napięcia seksualnego w okresie dojrzewania.

Niemożność zaspokojenia potrzeby seksualne poprzez współżycie seksualne w życiu dorosłym.

### **Pozaseksualne przyczyny masturbacji:**

Głód stymulacji – nuda, brak bodźców.

Nadmiar bodźców.

Zaburzenia sensoryczne (nadwrażliwość, niedowrażliwość).

Nieradzenie sobie ze swoimi emocjami.

Chęć zwrócenia na siebie uwagi.

Napięcie mięśniowe.

Czynniki zdrowotne i higieniczne.

- ✓ Czasem kilka wymienionych czynników nakłada się na siebie, należy o tym pamiętać.
  - ✓ Zdarza się, że masturbacja jest wyjątkowo intensywna ponieważ nigdy nie doszło do orgazmu (rodzic, nauczyciel krzyczy, bije po rękach, zabrania)
  - ✓ Jeśli osoba masturbuje się nieprzerwanie od wczesnego dzieciństwa poprzez okres dojrzewania aż do dorosłości i intensywność masturbacji jest duża wówczas z dużym prawdopodobieństwem przyczyna ma charakter pozaseksualny – zaspokajana jest inna niż seksualna potrzeba.
- **JAK REAGOWAĆ GDY PACJENT SIĘ MASTURBUJE?** Zapoznanie uczestników szkolenia w podstawowe zasady obowiązujące przy podejmowaniu prawidłowej interwencji. Po pierwsze: Uznać, że masturbacja nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej ani żadnej innej choroby  
Po drugie: Ustalić przyczynę.



Po trzecie: Jeśli przyczyna jest inna niż potrzeba seksualna skoncentruj się na niej, nie na masturbacji.

ĆWICZENIE ZESPOŁOWE/polecenie: weź kartkę papieru i postaraj się odpowiedzieć na poniższe pytania. Są to podstawowe pytania, jakie powinieneś zadać w przypadku konsultacji medycznej zachowania masturbacyjnego

- ❖ w jakim wieku pojawiła się masturbacja;
- ❖ w jakich sytuacjach zachowanie masturbacyjne jest najczęściej podejmowane;
- ❖ jakimi i jak silnymi reakcjami emocjonalnymi jest poprzedzone zachowanie;
- ❖ czy masturbacja jest podejmowana w miejscach intymnych czy w obecności innych osób;
- ❖ jak często obserwuje się dążenie do masturbacji;
- ❖ jaka jest jej intensywność zachowania autoseksualnego i czy zaburza ono codzienne funkcjonowanie osoby;
- ❖ jak dotychczas reagowaliśmy na masturbację i w jakim stopniu te reakcje okazały się skuteczne;
- ❖ czy poprzez masturbację osoba uzyskuje satysfakcję seksualną.

Kiedy interweniować?

- ✓ Kiedy masturbacja zaspokaja inną potrzebę niż potrzeba seksualna.

Masturbacja wymaga szczególnej interwencji jeśli:

- ❖ Jeśli osoba uszkadza, kaleczy, rani swoje ciało, wkłada przedmioty w miejsca intymne.
- ❖ Jeśli osoba masturbuje się bez przerwy i nie jest w stanie skupić się na innej czynności.
- ❖ Jeśli osoba masturbuje się przy innych.

- **WPROWADZENIE W TRENING MASTURBACYJNY:** 3 podstawowe zasady, które powinieneś przekazać w postaci prostych komunikatów osobie sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną intelektualnie.

Wprowadzenie, że osoba niepełnosprawna może masturbować się:

1. gdy jest sama,
2. gdy jest w miejscu intymnym, odosobnionym, np. toaleta, własny pokój, łóżko, itp.
3. gdy przestrzega zasad higieny.

W ramach ćwiczenia uczestnicy w parach realizują scenariusz hipotetycznej rozmowy. Jedna z osób wciela się w postać opiekuna/rodzica, druga pozostaje w roli pracownika medycznego. Omówienie komunikatów. Informacje zwrotne.

## SCENARIUSZ 2: SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

### CELE ZAJĘĆ:

- Integracja i stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i otwartości,
- Dostrzeżenie seksualności dorosłej osoby niepełnosprawnej intelektualnie,
- Omówienie podstawowych zagadnień z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie
- Nabycie umiejętności z zakresu edukowania osób niepełnosprawnych intelektualnie z zakresu ich seksualności

**CZAS TRWANIA:** 8H DYDAKTYCZNYCH

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:** papier flipchart, markery, długopisy, rzutnik, laptop.



## ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 2: BĄDŹ DYSKRETNY

Celem tych ćwiczeń jest przekazanie konkretnej wiedzy na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie.

### 1. Porozmawiajcie na temat ludzkiego ciała.

Za pomocą arkuszy pokazujcie i poprawnie nazywajcie intymne części ciała, opowiedzcie o tym jakie są ich funkcje. Połącz informacje o intymnych częściach ciała z zasadami dotyczącymi prywatnych zachowań. Postaraj się by osoba używała obrazków z ludzi w jej wieku.

### 2. Dyskusja na temat publicznych i prywatnych miejsc

Wspólnie zdefiniujcie: miejsce prywatne pokaż przy tym odpowiednią kartę. Używaj tej karty dla przypomnienia czym jest miejsce prywatne.

**Miejsce prywatne** – jest to miejsce dyskretne, za zamkniętymi drzwiami, w którym możesz zdjąć swoje ubrania. Jest to też miejsce, w którym możesz oglądać i dotykać swoich intymnych części ciała. Twoja sypialnia jest miejscem prywatnym, gdy drzwi są zamknięte.

Wspólnie zdefiniujcie miejsce publiczne, pokaż przy tym odpowiednią kartę. Używaj jej dla przypomnienia.

**Miejsce publiczne** to miejsce z otwartymi drzwiami, gdzie ludzie mogą wejść i wyjść. W miejscach publicznych ludzie noszą ubrania. W miejscach publicznych nie oglądasz i nie dotykasz intymnych części swojego ciała. Miejscem publicznym jest np.: sklep, park, autobus, itp.

### 3. Czy to jest miejsce prywatne czy publiczne?

Celem jest utrwalenie rozróżnienia miejsc prywatnych od publicznych. Można to ćwiczyć korzystając z kart ale także przy użyciu gazet i zdjęć. Połóż karty miejsca prywatnego i publicznego w pewnej odległości od siebie, pokaż zdjęcie np.: *łazienki i powiedz, że jest to zdjęcie łazienki. W łazience gdy drzwi są zamknięte można zdjąć ubrania. Łazienka jest miejscem prywatnym.* Połóż zdjęcie łazienki pod kartą miejsca prywatnego. Powtórz procedurę ze zdjęciem miejsca publicznego. Następnie poproś uczestników by przyporządkowali zdjęcia do danej kategorii. By sprawdzić czy uczestnicy rozumieją zapytaj dlaczego uznali, że dane miejsce jest prywatne bądź publiczne.

Pomocne pytanie:

1. *Czy są jacyś inni ludzie na obrazku?*
2. *Czy drzwi są zamknięte?*
3. *Czy można zdjąć tu ubranie?*
4. *Czy nosisz ubranie idąc na zakupy?*
5. *Czy można dotykać intymnych części ciała w szkole?*
6. *Czy sklep to miejsce, w którym byś zdjął z siebie ubranie?*

Podkreśl, że miejsca prywatne to: łazienka, toaleta, sypialnia, przebieralnia w sklepie, plaża nudystów. Uczestnicy mogą zasugerować inne miejsca.

### 4. Znalezienie i zakreślenie miejsca prywatnego na kartach, pomocne będzie, gdy zdjęcia z poprzedniego ćwiczenia cały czas będą rozłożone.

### 5. Dyskusja o zachowaniach prywatnych i publicznych.

Poproś uczestników o podanie przykładów zachowań intymnych. Przykłady: kąpanie, prysznic, pójście do toalety, zmiana ubrania, masturbacja, współżycie seksualne.

Zapytaj dlaczego dane zachowanie jest prywatne. Np.: dlaczego kąpanie się jest zachowaniem prywatnym? Odpowiedz: ponieważ nie ma się na sobie ubrania i myje się części swojego ciała, także prywatne. Dlaczego całowanie się jest zachowaniem prywatnym? Mimo, że ludzie mają na sobie



czasami ubrania jest to zachowanie prywatne, bo inni ludzie widząc całującą się parę mogą czuć się niekomfortowo.

Ważne by powiedzieć uczestnikom, że konsekwencje łamania zasad prywatnych zachowań mogą sprawić, że będzie się nielubianym, niemile widzianym w danej grupie.

Zadaj pytania:

1. Co się stanie kiedy osoba wykaże prywatne zachowanie w publicznym miejscu?
2. Co mogłoby się stać gdy osoba zdejmie swoje ubranie w szkole?
3. Co by się stało gdyby osoba masturbowała się w autobusie?
4. Co by się stało gdyby kobieta zmieniła podpaskę w kuchni?
5. Co by się stało gdyby osoba dotykała miejsc intymnych innej osoby w parku?

Należy podkreślić, że nie można dotykać innej osoby bez jej zgody.

6. Ćwiczenie polega na posegregowaniu (kart) zachowań na prywatne i publiczne i dopasowaniu ich do odpowiednich miejsc (karty) prywatnych i publicznych.

*Przykład: to zdjęcie dziewczyny, która kąpie się w łazience, jest bez ubrania, jest to zachowanie prywatne.*

Połącz obrazek przy obrazku łazienki.

Zapytaj o powody takie a nie innego podziału i dopasowania.

Pytania wspomagające:

1. Czy widać intymne części ciała?
2. Czy powinny być drzwi zamknięte?
3. Jak ktoś mógłby się poczuć widząc osobę robiącą to (np.: kąpiącą się)?
4. Czy osoba powinna być tam sama?

Na kolejnych stronach karty do prowadzenia rozmów z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w zakresie ich seksualności.



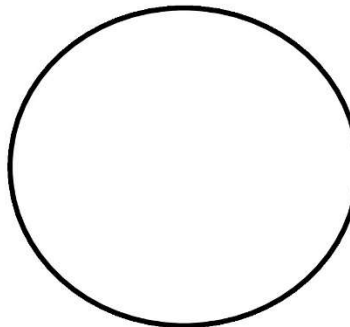




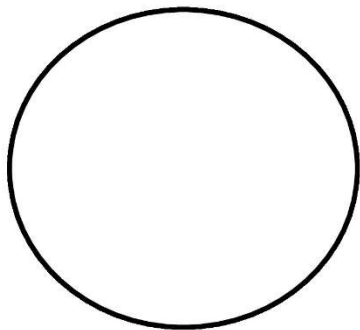
ZAZNACZ LUB NARYSUJ CZEGO OCZEKujesz OD PARTNERA



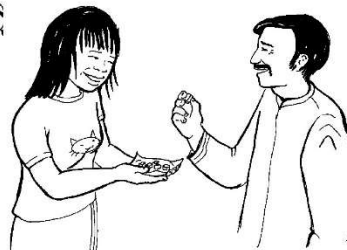
POTRAFIŁ SŁUCHAĆ



BY BYŁ CZYSTY



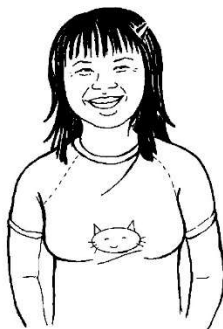
UPRAWIAŁ SPORT



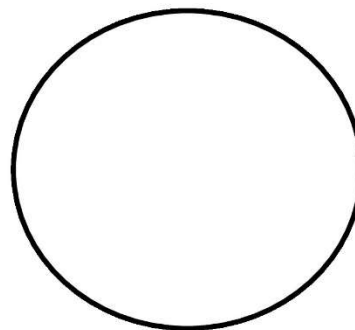
POTRAFIŁ SIĘ DZIELIĆ

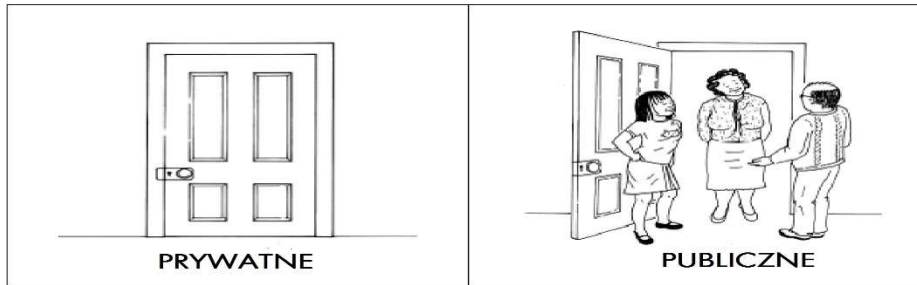


BYŁ CZUŁY



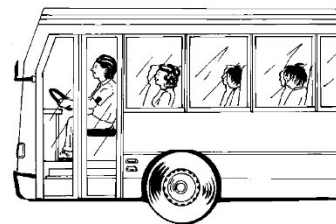
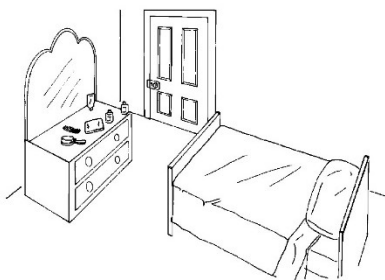
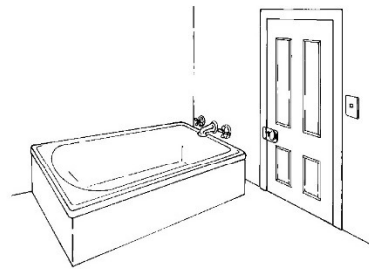
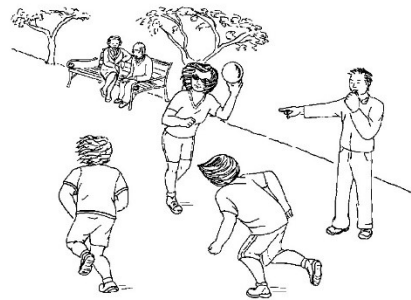
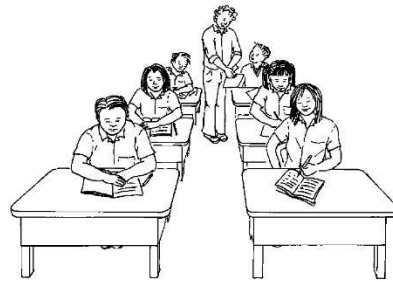
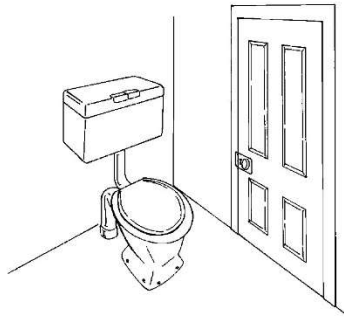
BYŁ RADOSNY







## ZAZNACZ PRYWATNE MIEJSCA



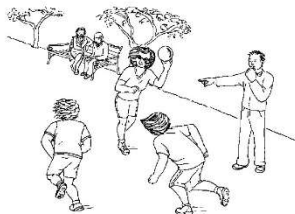


## CO JEST NORMALNE/ZDROWE W OKRESIE DOJRZEWANIA?

Zaznacz prawidłową odpowiedź

1. Mycie się pod pachami

- Zdrowe  
 Niezdrowe

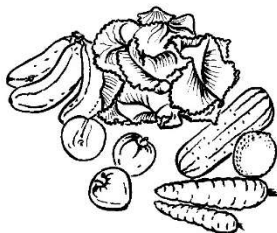
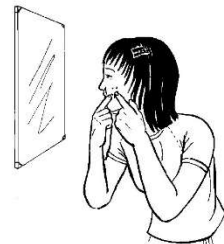


2. Kolegowanie się z dziewczynami i chłopcami

- Zdrowe  
 Niezdrowe

3. Wyciskanie pryszczycy

- Zdrowe  
 Niezdrowe

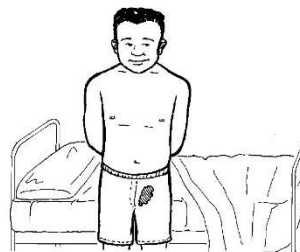


4. Jedzenie owoców i warzyw

- Zdrowe  
 Niezdrowe

5. Polucje nocne

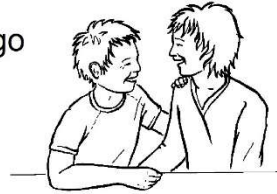
- Zdrowe  
 Niezdrowe





6. Odczuwanie podniecenia seksualnego

- Zdrowe
- Niezdrowe

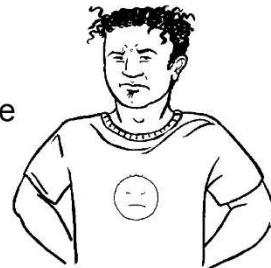


7. Czuć się dobrze w swojej skórze

- Zdrowe
- Niezdrowe

8. "Wyżywanie się" na innych gdy źle się czuje

- Zdrowe
- Niezdrowe



9. Naśmiewanie się z czyjegoś ciała

- Zdrowe
- Niezdrowe

10. Zadaję pytania gdy czuję się niepewny

- Zdrowe
- Niezdrowe

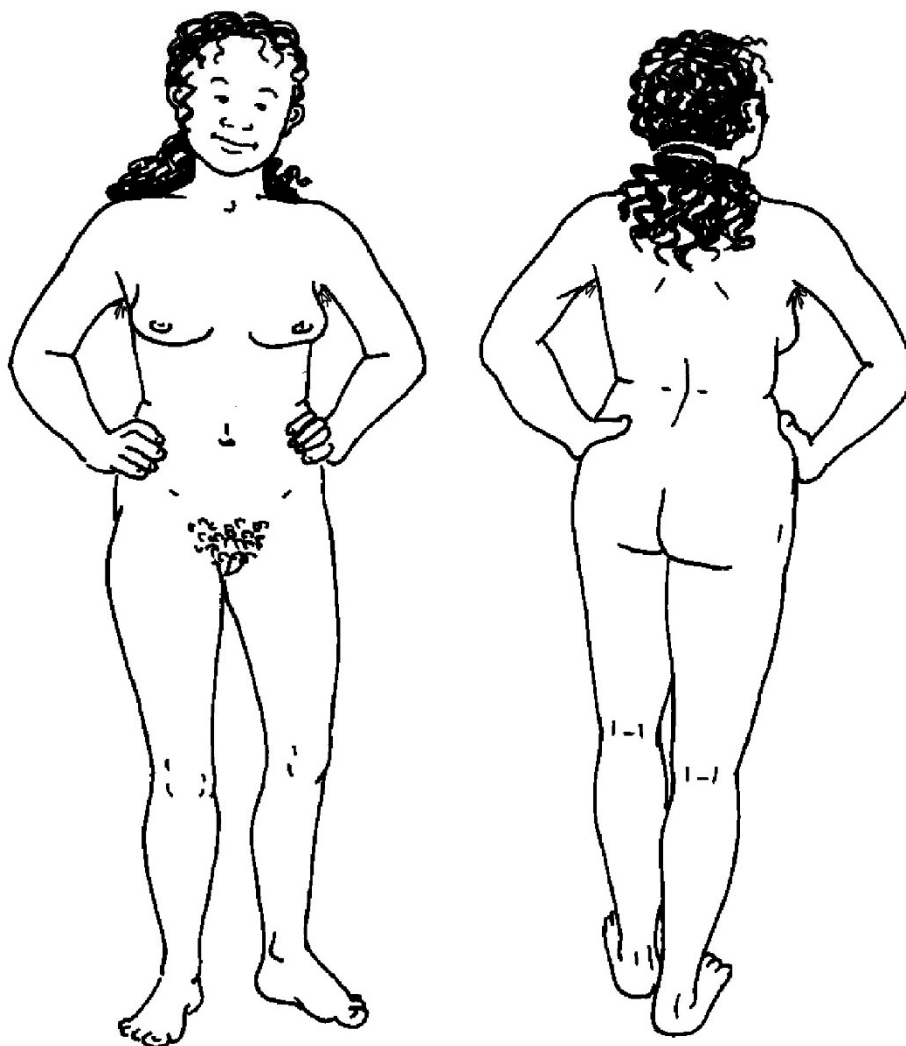




## Ciało kobiety

Zaznacz i podpisz intymne części ciała  
następnie narysuj ubrania, które zakrywają intymne części ciała

SUTKI  
SROM  
POCHWA  
POŚLADKI

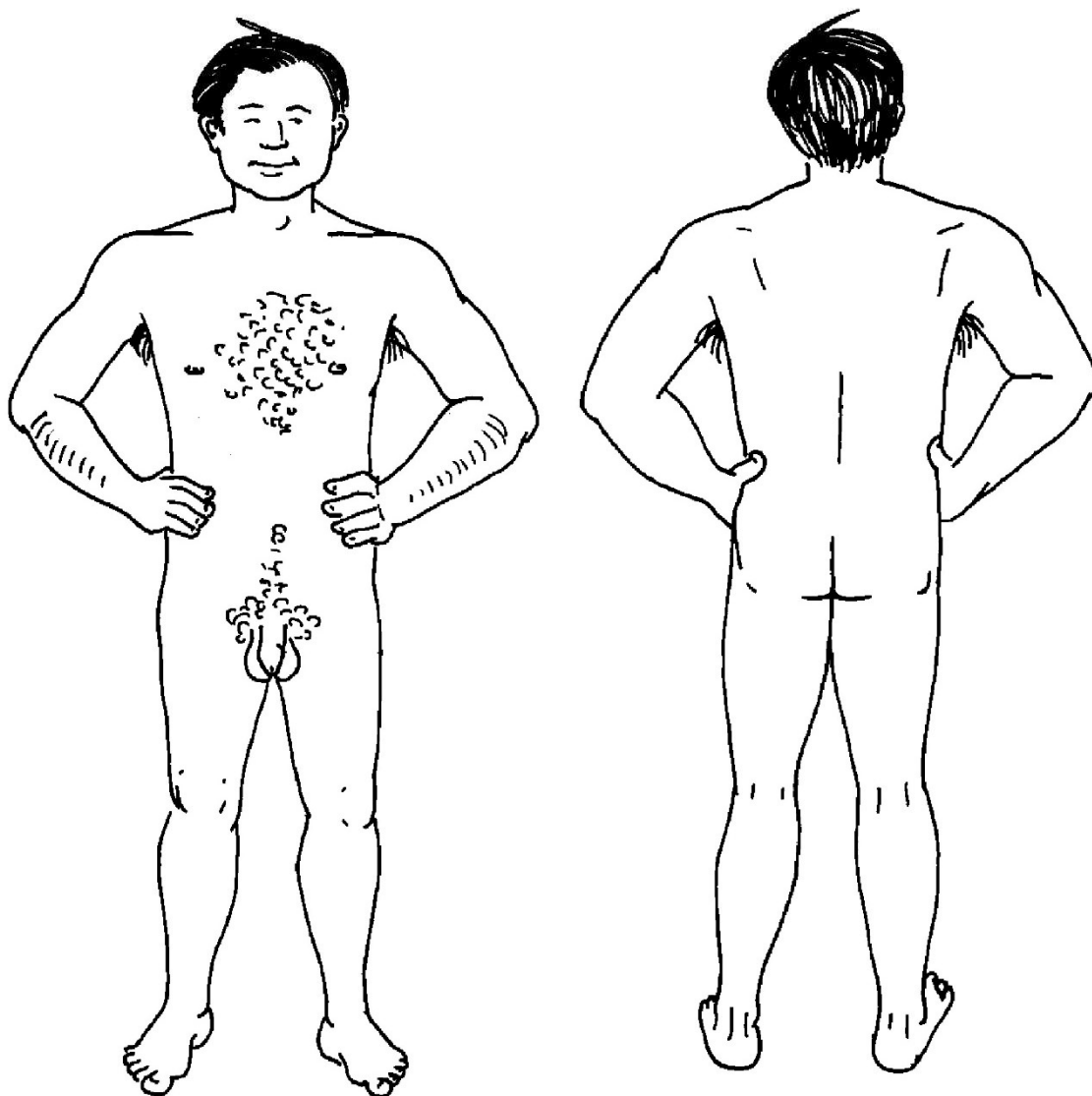




## Ciało mężczyzny

Zaznacz i podpisz intymne części ciała  
następnie narysuj ubrania, które zakrywają intymne części ciała

PENIS  
JĄDRA  
MOSZNA  
POŚLADKI





## SCENARIUSZ SZKOLEŃ DLA MODELU „OII! O INTYMNOŚCI INTELEKTUALNYCH INNOWACYJNIE”

### DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

#### SCENARIUSZ 1: „CZY JA BĘDĘ MIEĆ DZIECKO?” – O MACIERZYŃSTWIE Z OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI INTELEKTUALNIE

##### CELE ZAJĘĆ:

- Integracja i stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i otwartości,
- Dostrzeżenie seksualności dorosłego dziecka niepełnosprawnego intelektualnie,
- Omówienie podstawowych zagadnień z obszaru zapłodnienia, ciąży i porodu oraz nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższych obszarów z osobą niepełnosprawną intelektualnie,
- Omówienie zagadnień z zakresu pełnienia obowiązków rodzicielskich oraz nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższego obszaru z osobą niepełnosprawną intelektualnie

##### CZAS TRWANIA: 8H DYDAKTYCZNYCH

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:** papier flipchart, markery, długopisy, przybory papiernicze (nożyczki, klej, itp.), rzutnik, laptop, film edukacyjny.

#### ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 1: CZY ŁATWO BYĆ RODZICEM?

Celem tych ćwiczeń jest przekazanie konkretnej wiedzy na temat tego jak rozmawiać z dorosłą osobą niepełnosprawną intelektualnie na temat rodzicielstwa.

- Na kartce flipchart wypisujemy, czego potrzebuje małe dziecko (powinny pojawić się bardzo szczegółowe zapiski, jak: ubranka, pieluchy, zabawki, odpowiednie jedzenie, itp.). Następnie w zależności od stopnia niepełnosprawności zadajemy pytanie: jak myślisz, ile każda z tych rzeczy może kosztować? Przy każdej wyszczególnionej pozycji wpisujemy zaproponowaną kwotę. Kolejnym krokiem jest wybranie się na wspólne zakupy w celu spisania wszystkich cen wyszczególnionych produktów. Ważne, aby po powrocie do domu spisać też inne wydatki jakie wiążą się z prowadzeniem domu jak rachunki, jedzenie, opłaty za leki, itp. Uzyskaną kwotę odnosimy do wysokości renty/zarobków osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Powyższe ćwiczenie może stanowić wprowadzenie do rozmowy o tym, że niektórzy (również ludzie sprawni intelektualnie) nie decydują się na dziecko ze względów finansowych. Podczas szkolenia odbywają się symulacje rozmów jakie opiekunowie nieformalni mogliby przeprowadzić z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.
- Kup/wypożycz lalkę, która wielkością będzie przypominała niemowlaka. Przekaż informacje, że zadaniem osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest wykonywanie różnych czynności pielęgnacyjnych, jak kąpanie, karmienie, przewijanie, wizyta u lekarza, zabawa z dzieckiem, opowiadanie bajek. Jeśli zauważysz, że osoba przerywa czynności związane z opieką nad dzieckiem wytłumacz, że dziecko nie jest lalką i nie można zaprzestać sprawowania opieki nad nim.

WYKŁAD: Jeśli twój niepełnosprawny syn czy córka informuje cię: „chcę mieć dziecko!”

- **Pierwszy krok: daj możliwość poznania, co tak naprawdę oznacza bycie rodzicem.**

1. Zadaj trudne pytania i porozmawiaj o tym. Nie bój się tego, że zadawaniem konkretnych, trudnych pytań zranisz swoją córkę lub syna. Lepiej powiedzieć prawdę, niż pozostawić dorosłą osobę niepełnosprawną samą ze złudnym poczuciem, że macierzyństwo to prosta sprawa.

- Gdzie będziesz żyć z dzieckiem?
- W jaki sposób będziesz je utrzymywał?



➤ Z kim będzie dziecko, gdy pójdziesz do pracy lub na warsztaty?

2. Zabierz dziecko do osoby, która właśnie urodziła dziecko i spędźcie tam trochę czasu, aby dorosła osoba niepełnosprawna mogła uczestniczyć w przewijaniu, kąpaniu, karmieniu, aby mogła zobaczyć jak funkcjonuje małe dziecko, jak często płacze. Jeśli jest taka możliwość zostaw dorosłą osobę niepełnosprawną na noc, aby mogła sama wstawać do dziecka i pomagać jego rodzicom.

3. Kup dużą lalkę (przypominającą niemowlaka) i wyznacz osobie z niepełnosprawnością kilkudniową opiekę nad nią: przydzielaj zadania, jak np. karmienie, przebieranie, wizyta u lekarza, spacer.

4. Odpowiedzialność- porozmawiaj o niej! Przekaż, że dziecko nie jest lalką ani zabawką, którą można odstawić na półkę i stwierdzić, że „już mi się znudziło”.

5. Zabierz dziecko na zakupy, zrób wcześniej listę rzeczy potrzebnych dziecku. Poproś dorosłą osobę niepełnosprawną intelektualnie, aby spisała ceny produktów, które byłyby niezbędne dla małego dziecka. Odnieś wydatki do wysokości renty, czy zarobków, jakie posiada dorosła osoba niepełnosprawna.

6. Porozmawiajcie o sprawach związanych z utrzymaniem domu: pokaż rachunki za czynsz, prąd, wodę, gaz, itp.

- **Drugi krok:** Poprzez obserwację i przebywanie ze swoim dzieckiem możesz zauważyć, że córka lub syn dotkliwie mogą odczuwać potrzebę zostania matką lub ojcem pomimo faktu, iż w twojej ocenie nie mają realnych szans, by stali się rodzicami. Możesz pozwolić im zaspokoić swoją potrzebę poprzez zapewnienie im możliwości przebywania z małymi dziećmi w rodzinie, pomoc w opiece nad nimi czy angażowanie się we wspólną zabawę. Warto pomyśleć (jeśli jest to możliwe) nad kupnem zwierzątka- w ten sposób twoje dziecko może stać się głównym opiekunem i doświadczyć opieki nad żywym organizmem.
- **Trzeci krok:** Porozmawiaj z dzieckiem na temat tego, że nie każda osoba może mieć dziecko. Możesz odwołać się do świata znanych ludzi (np. idoli dorosłego dziecka niepełnosprawnego). Powiedz, że pomimo tego, że nie mają dzieci to są szczęśliwe.

## ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 2: SKĄD SIĘ BIORĄ DZIECI?

Celem tych ćwiczeń jest przekazanie konkretnej wiedzy na temat tego jak rozmawiać z dorosłą osobą niepełnosprawną intelektualnie na temat zapłodnienia, ciąży, porodu.

- **PLAKAT:** do wykonania tego ćwiczenia niezbędne są: papier flipchart, gazety w których są kobiety w ciąży, nożyczki, klej. Wykonaj wspólnie plakat przedstawiający, w jaki sposób kobiety w ciąży powinny o siebie dbać. Omów z osobą niepełnosprawną intelektualnie co zmienia się w ciele kobiety, z czym okres ciąży się wiąże. Ponadto wspomnij o wizytach u ginekologa w celu monitorowania prawidłowego rozwoju płodu.
- Obejrzyj z osobą dorosłą jak wygląda poród, pokaż ilustracje z porodu, itp.
- Jakie treści?
  - **CO TO JEST ZAPŁODNIENIE?** Nadaj komunikat: Komórka jajowa występuje u kobiet, u mężczyzn są plemniki. Kiedy penis mężczyzny jest w pochwie kobiety, to może wylecieć z niego płyn (nasienie), w którym są plemniki. Jeśli plemniki napotkają komórkę jajową kobiety, może dojść do połączenia. Zapłodnienie to połączenie



komórki jajowej kobiety z plemnikiem. Ważne, aby uczestnicy szkolenia przećwiczyli ten komunikat wypowiadając na głos powyższe słowa, gdyż z obserwacji wynika, że wypowiedzenie na głos podstawowej wiedzy biologicznej stanowi spore wyzwanie. Warto zastosować symulacje rozmowy w parach.

- **JAK DBAĆ O SIEBIE W CIĄŻY?** Uczestnicy szkolenia na kartce flipchart rysują postać/zarys kobiety będącej w zaawansowanej ciąży. W prawym górnym rogu wypisują najważniejsze wytyczne związane z okresem ciąży, jak: odpowiednia dieta, odstawienie alkoholu, zdrowy tryb życia, itp. W lewym górnym rogu kartki wypisujemy i omawiamy konkretne zachowania w stosunku do kobiet w ciąży, jak pomoc w noszeniu cięższych rzeczy, ustępowanie miejsca do siedzenia, itp. Trzecia część plakatu, prawy dolny brzeg kartki dotyczy zagrożeń, tego co się może stać, jak kobieta nie dba o siebie w czasie ciąży.
  - **CO TO JEST PORÓD?** Przekaż komunikat: „Poród to wychodzenie dziecka z ciała kobiety/brzucha na zewnątrz. Dziecko najczęściej wychodzi główką przez pochwę. Po wyjściu dziecka z pochwy lekarz przecina pępowinę. Następnie bada dziecko, aby sprawdzić czy jest zdrowe i przydziela punkty wg Skali Apgar. Jeśli dziecko i mama są zdrowe po porodzie, wychodzą najczęściej następnego dnia do domu. Czasami zdarza się jednak, że dziecko ułoży się w brzuchu mamy inaczej, wówczas potrzebne jest cesarskie cięcie, polegające na przecięciu brzucha matki i wyjęciu dziecka”.
- ĆWICZENIE POWYŻSZYCH KOMUNIKATÓW, PRZYGOTOWANIE PLANSZ PRZEDSTAWIAJĄCYCH PORÓD.**

## SCENARIUSZ 2: WYKORZYSTANIE SEKSUALNE – JAK UCHRONIĆ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE INTELEKTUALNIE

### CELE ZAJĘĆ:

- Integracja i stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i otwartości,
- Dostrzeżenie seksualności dorosłego dziecka niepełnosprawnego intelektualnie,
- Omówienie podstawowych zagadnień z obszaru wykorzystania seksualnego oraz nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższych obszarów z osobą niepełnosprawną intelektualnie,

### CZAS TRWANIA: 8H DYDAKTYCZNYCH

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:** papier flipchart, markery, długopisy, rzutnik, laptop, film edukacyjny.

### ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 1: CO TO JEST PRZEMOC SEKSUALNA? /wykład, film edukacyjny, praca w parach/

- Wykorzystywanie seksualne to aktywność seksualna:
  - z udziałem dziecka – osoby małoletniej (do 15 r. ż.)
  - z udziałem osoby nieświadomej
  - z udziałem osoby, która nie wyraża zgody.

Wykorzystanie seksualne ma miejsce wtedy, gdy następuje bezpośredni kontakt fizyczny o charakterze seksualnym ale także wtedy gdy takiego kontaktu nie ma.

#### Kontakt fizyczny o charakterze seksualnym:

dotykanie osoby lub nakłanianie jej do dotyku dorosłego, bądź do masturbacji, łaskotanie genitaliów, stosunek seksualny pochwowy, analny, wkładanie przedmiotów do pochwy, odbytu.

#### Wykorzystanie seksualne bez dotyku:

obnażanie siebie, bądź innej osoby, pokazywanie pornografii, robienie zdjęć nagiej osobie,



prowadzenie rozmów o tematyce erotycznej wykraczających poza edukację seksualną, uwodzenie przez Internet.

**Zgodnie z badaniami zachodnimi  
dzieci niepełnosprawne  
są wykorzystywane seksualnie 3 razy częściej  
niż dzieci pełnosprawne!  
Tylko 3% przypadków wykorzystywanie seksualnego**

**Osoby niepełnosprawne intelektualnie są bardziej narażone na wykorzystywanie seksualne ponieważ:**

- Mają ograniczone umiejętności komunikacyjne – sprawca czuje się bezpieczny.
- Bagatelizowanie sygnałów o wykorzystywaniu seksualnym.
- Problemy ze złożeniem zeznań na policji.
- Mają trudności z przewidywaniem, wyczuwaniem zagrożenia.
- Mogą nie rozumieć, że zachowanie przekracza granice intymności.
- Bywają naiwne, zbyt ufne, lepkie emocjonalnie.
- Czują się zależne od innych.
- Nie mają świadomości, że w trudnej sytuacji można coś zmienić.
- Tak bardzo pragną być kochane, że zgadzają się na przemoc, np.: w związku.

Przyczyny będące po stronie opiekunów:

- Osoby niepełnosprawne intelektualnie są wychowywane na osoby „ugrzecznione”.
- Bywają namawiane lub pozwala im się na nadmierną bliskość w kontaktach z innymi.
- Opiekunowie nie znają symptomów wykorzystania seksualnego – nie potrafią sprawnie wychwycić faktu doświadczania przemocy.
- Brak edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych.

**Niektórzy rodzice, opiekunowie, nauczyciele  
nie respektują prawa osób niepełnosprawnych intelektualnie do intymności,  
np.: zmieniają lub przebijają podopiecznego przy innych. Efektem jest  
niemożność nauczenia rozróżnienia  
„intymne - nieintymne”.  
W rezultacie osoba nie dostrzega gdy ktoś narusza  
jej intymność i przekracza granice intymności w kontaktach z innymi.**



Jeśli osoba niepełnosprawna intelektualnie podejmuje aktywność seksualną z inną osobą, która jest od niej mniej sprawna i nie jest w stanie wyrazić swojej woli mamy do czynienia z wykorzystywaniem seksualnym. Także stosowanie wulgarnych, zabarwionych seksualnie przezwisk, nagrywanie rówieśników w sytuacjach intymnych jest wykorzystywaniem seksualnym.

Nie ma syndromu dziecka wykorzystywanego seksualnie a więc zespołu objawów, które jednoznacznie wskazywałyby na to, że dziecko doświadczyło przemocy seksualnej.

## ALE

**Jeśli osoba przejawia nagle, niewyjaśnione zaburzenia w zachowaniu, nie można wykluczyć, że przyczyną jest wykorzystywanie seksualne**

Możliwe objawy fizyczne:

- Obecność nasienia na ciele, w pochwie lub odbycie.
- Niewyjaśnione otarcia, zaczerwienienia, krwiaki, zasinienia, wysypki, krwawienia z okolic krocza, genitaliów, odbytu, ust i inne nieprzypadkowe uszkodzenia ciała.
- Bolesność lub swędzenie w okolicach miejsc intymnych.
- Rozerwanie lub blizny odbytu.
- Krew w kale lub moczu.
- Problemy z oddawaniem moczu i powtarzające się zakażenia dróg moczowych.
- Niewyjaśnione zapalenia pochwy, sromu lub nietypowe zapachy w okolicach pochwy.
- Zasinienia, otarcia w okolicach nadgarstków lub kostek.
- Infekcje przenoszone drogą płciową.

Możliwe objawy emocjonalne:

- Osoba bez wyraźnego powodu zaczyna się bać jakiejś osoby.
- Widoczny niepokój w zachowaniu, napięcie.
- Pojawiają się lub nasilają zachowania autoagresywne.
- Widoczne nagłe i trudne do wytłumaczenia zmiany w zachowaniu.
- Koszmary sennie, lęk przed położeniem się spać lub ciemnością.
- Wycofanie się z kontaktów, bierność, apatia.
- Pojawiają się zachowania regresywne.
- Unikanie bliskości fizycznej w kontaktach z osobami bliskimi.
- Nagła i widoczna niechęć do zdejmowania ubrania.
- Pojawia się przesadna wrażliwość na dotyk.
- Sprawianie wrażenia posiadania tajemnicy.
- Opowiadanie o wykorzystywaniu w sposób aluzyjny.

Symptomy nadmiernej seksualizacji:

- Okazywanie niezwyklego zainteresowania sprawami seksu.
- Naśladowanie czynności seksualnych w kontaktach z innymi osobami, ze zwierzętami.
- Odgrywanie sytuacji przemocy seksualnej na zabawkach.
- Używanie nowych, czasem wulgarnych określeń organów i czynności płciowych.
- Uwodzące lub prowokacyjne zachowania wobec innych.
- Celowe ranienie się w genitalia.
- Uporczywa masturbacja.



## ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 2: CO ROBIĆ GDY MAMY PODEJRZENIA?

- Tuszowanie faktu wykorzystywania seksualnego nie chroni ani podopiecznego, ani jego rodziny, chroni sprawcę!  
Swoim milczeniem zwiększasz ryzyko ponownego wykorzystania. Ujawnienie molestowania jest podstawowym krokiem w procesie „zdrowienia” ofiary.  
Uznaj fakt, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są ofiarami przemocy seksualnej i są w większym stopniu na nią narażone, a milczenie jest swoistym współuczestnictwem w krzywdzeniu.

- Jeśli podopieczny zaczyna mówić o molestowaniu to znaczy, że ma do ciebie zaufanie. Przeprowadź tę rozmowę nawet jeśli to dla ciebie trudne, podopieczny może nie zdobyć się na odwagę podjąć jej po raz drugi.  
Dla niego/niej taka rozmowa też jest bardzo trudna ale i bardzo ważna.

- **PRZESTRZEGAJ ZASAD!**

Ważne by z twoich ust padło: „WIERZĘ CI”.

Nie zadawaj pytań mogących mieć charakter sugerujący.

Zapewnij, że zrobisz wszystko by pomóc ale nie składaj pochopnych obietnic.

Nie okazuj silnych emocji ale też nie udawaj, że nic się nie stało.

Pozwól wyrazić emocje.

**PODOPIECZNY MUSI DOWIEDZIEĆ SIĘ, ŻE CAŁA WINA LEŻY PO STRONIE SPRAWCY NIEZALEŻNIE OD TEGO CZY SIĘ BRONIŁ CZY NIE**

- **ZGŁOŚ FAKT WYKORZYSTYWANIA!!!**

Kwestie prawne związane z wykorzystywaniem reguluje m. in. Kodeks karny. Szczególnie ważny jest rozdz. XXV Art. 198:

„Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Przepis ten w praktyce oznacza:

Osoba dorosła (powyżej 15 r. ż.) niepełnosprawna intelektualnie (jeśli postępowanie wykaże, że nie jest świadoma czynu) nawet wyrażając zgodę na obcowanie płciowe lub inne czynności seksualne jest uznana za ofiarę.

W takiej sytuacji jest to przestępstwo, które musi być ścigane nawet wówczas, gdy nie jest potwierdzone wnioskiem pokrzywdzonego.



## SCENARIUSZ SZKOLEŃ DLA MODELU „OII! O INTYMNOŚCI INTELEKTUALNYCH INNOWACYJNIE”

### DLA OPIEKUNÓW FORMALNYCH

#### SCENARIUSZ 1: „MASTURBACJA – W JAKI SPOSÓB PRAWIDŁOWO PRZEPROWADZIĆ INTERWENCJĘ

##### W PRZYPADKU ZAOBSEROWANEGO ZACHOWANIA MASTURBACYJNEGO U PODOPIECZNEGO

#### **CELE ZAJĘĆ:**

- Integracja i stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i otwartości,
- Dostrzeżenie seksualności dorosłej osoby niepełnosprawnej intelektualnie,
- Omówienie podstawowych zagadnień z obszaru zachowań masturbacyjnych oraz nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższych obszarów z osobą niepełnosprawną intelektualnie,
- Nabycie umiejętności prowadzenia rozmów z powyższego obszaru z opiekunami nieformalnymi osób niepełnosprawnych intelektualnie
- Nabycie umiejętności z zakresu prowadzenia prawidłowej interwencji w przypadku uporczywych zachowań seksualnych
- Umiejętność rozróżnienia 3 typów zachowań masturbacyjnych

#### **CZAS TRWANIA:** 16H DYDAKTYCZNYCH

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:** papier flipchart, markery, długopisy, przybory papiernicze (nożyczki, klej, itp.), rzutnik, laptop, film edukacyjny.

#### **ĆWICZENIE EDUKACYJNE NR 1: MASTURBACJA**

Celem tych ćwiczeń jest przekazanie konkretnej wiedzy na temat tego jak rozmawiać z dorosłą osobą niepełnosprawną intelektualnie na temat podejmowanych zachowań masturbacyjnych.

- Wprowadzenie w zagadnienie masturbacji. Dlaczego temat masturbacji nadal budzi silne emocje?  
Nadal przez część osób masturbacja traktowana jest jako zachowanie odbiegające od normy, niebezpieczne, będące przejawem zaburzeń seksualnych czy psychicznych.  
W przypadku osób w normie intelektualnej jest niewidoczna, bo osoby te robią wszystko by ją ukryć. Osoby niepełnosprawne intelektualnie często nie wiedzą kiedy ich zachowanie jest łamaniem społecznych norm  
Burza mózgów nt. własnych odczuć/skojarzeń dotyczących zachowań masturbacyjnych u podopiecznych
- Zapoznanie uczestników i omówienie 3 rodzajów zachowań masturbacyjnych.



## MASTURBACJA



### ROZWOJOWA

Nastawienie na osiągnięcie przyjemności

Powtarzalny schemat

Przemija z czasem

**Niejawność, ukrywanie**

Brak uszkodzeń ciała

Brak uporczywości

Podatność na wpływy

### EKSPERYMANTALNA

Nastawienie na zaspokojenie ciekawości

**Brak stałego schematu**

Przemija po interwencji

Jawność, nieukrywanie

**Możliwość uszkodzenia ciała**

Brak uporczywości

Podatność na wpływy

### INSTRUMENTALNA

Nastawienie na inne potrzeby

Powtarzalny schemat

Przemijanie po zaspokojeniu potrzeby

Jawność, demonstracyjność

Rzadkie uszkodzenia ciała

**Uporczywe trwanie aż do usunięcia przyczyny**

#### MASTURBACJA ROZWOJOWA: JAK REAGOWAĆ?

Nie koncentruj się na niej, dyskretnie odwróć uwagę dziecka np.: poprzez zaproszenie do ciekawej zabawy. Krzyk i kary mogą utrwalić masturbację.

#### MASTURBACJA EKSPERYMANTALNA: JAK REAGOWAĆ?

Wytłumacz dziecku, że nie należy bawić się w zabawy, które mogą zagrażać zdrowiu, nie można ranić się, uszkadzać swojego ciała. Masturbacja eksperymentalna powinna być sygnałem do podjęcia z dzieckiem tematyki związanej z budową ciała. Dziecko wyposażone w wiedzę nie będzie musiało szukać jej na własną rękę i eksperymentować.

#### MASTURBACJA INSTRUMENTALNA: JAK REAGOWAĆ?

Skup się na konkretnych przyczynach. Pomoc powinna polegać na rozwiązaniu problemu dziecka, np.: nauczenie radzenia sobie ze stresem, lękiem. Koncentracja na wyeliminowaniu masturbacji jest najczęstszym powodem niepowodzeń wychowawczych. Gdy dziecko masturbuje się z lęku a rodzic na nie za to krzyczy, mówi że to złe lęk wzrośnie i do tego pojawi się poczucie winy i masturbacja nasili się

Poniżej przykład zachowania masturbacyjnego instrumentalnego.



## Oto przykład:

Kasia (5 lat) masturbuje się przed snem, wkładając poduszkę między nogi. Często także, wtedy gdy jest zdenerwowana i się czegoś boi. Jak to się zaczęło? Rodzice Kasi często się kłócą, Kasia słyszy ich krzyki zza ściany, boi się, ale nie wychodzi z pokoju. Kiedyś, przez przypadek, w takiej sytuacji dotknęła swojego krocza, zaczęła się dotykać, było to przyjemne i przyniosło wyciszenie, rozładowało strach. Teraz zawsze, kiedy się boi, znajduje pocieszenie w masturbacji.

- Analiza opisów przypadków przygotowanych na szkolenie, w celu rozróżnienia 3 typów zachowań masturbacyjnych. Ćwiczenia w podgrupach. Uczestnicy mają za zadanie odpowiedzieć na pytania oraz wypisać na kartkach flipchart:
  - jakie skojarzenia/fantazje pojawiają się wam w głowie po przeczytaniu przypadku?
  - jaki rodzaj masturbacji diagnozujesz i dlaczego?
  - jakie formy wsparcia/interwencji przeprowadziłbyś i dlaczego?Na koniec uczestnicy otrzymują prawidłowe odpowiedzi.

### OPIS PRZYPADKU NR 1

Ewelina (13 lat) zespół Downa, jeszcze nie miesiączkuje. Wykorzystuje różne przedmioty, bok wersalki, kant stołu do stymulacji. Rękami się nie stymuluje. Kładzie się na lalkę, maskotkę. Całuje koleżanki w usta bardzo natargywie. Dotyka inne osoby w miejsca intymne, np. mamę w biust (jak mama ma wtedy reagować?), obce osoby też. W nocy czasami śpi z matką, trze wtedy nogami po ciele mamy. Mama Eweliny twierdzi że córka robi to świadomie i nieświadomie np. w nocy. W nocy też potrafi się rozebrać z piżamy, zmoczyć prześcieradło. Wcześniej rozbierała się też do naga i taka wychodziła ze szkolnej ubikacji, teraz już tego nie robi.

### OPIS PRZYPADKU NR 2

Jedna z nauczycielek szkoły specjalnej zaobserwowała dość dziwne zachowania u trojga dzieci. Otóż, po wejściu do klasy, rutynowo rozpoczynały swe praktyki masturbacyjne. Charakterystyczne było to, że ów codzienny rytuał zaczynały niemalże jednocześnie, sprawiając wrażenie, że nic innego nie potrafią robić, niczym nowym się zainteresować. Nie zwracały przy tym uwagi na siebie nawzajem, ani też na obecność osób dorosłych, zaś wszelkie próby nawiązania z nimi kontaktu - twierdzi nauczycielka - kończyły się niepowodzeniem. Okrzyknięto dzieci „nałogami”.

### OPIS PRZYPADKU NR 3

Do szpitalnej Izby Przyjęć rodzice przywieźli 15-letnią upośledzoną umysłowo dziewczynkę, która podczas kąpieli umieściła sobie w pochwie pojemnik od szamponu. Zabawy takie zdarzały się dość regularnie i rodzice nie mogli sobie z nimi poradzić. Z łazienki usunięto przedmioty, które mogłyby posłużyć do ulubionych praktyk masturbacyjnych. Ale okazało się, że Marta planuje swoje czynności: zbiera najdziwniejsze przedmioty w kuchni, w pokojach, także na podwórku, potem starannie ukrywa je przed rodzicami (np. pod wanną, w szafce z ręcznikami), by użyć ich pod nieobecność rodziców. Owego pojemnika żadnym sposobem nie pozwoliła sobie usunąć, toteż z konieczności rodzice trafili do szpitala. Fakt ten wywołał sporą sensację, ale podszepty i skrywane uśmiechy zniknęły, gdy zorientowano się, że jest to osoba upośledzona. Rodzice dowiedzieli się o naturalności takich zachowań i zaczęli tolerować praktyki córki. Zawsze jednak muszą przypominać, że znów pojedzie do szpitala i



już tam zostanie, gdy będzie wkładała sobie jakieś przedmioty. Sposób okazał się na tyle skuteczny, że dziewczynka zmieniła swe praktyki na formy bezpieczniejsze dla jej ciała i zdrowia.

#### OPIS PRZYPADKU NR 4

Monika (lat 16, uczennica „szkoły życia”) swe praktyki masturbacyjne uprawiała w szkole dość dyskretnie i rzadko, ale rodzice opowiadają, że nie mogą poradzić sobie z jej innymi dziwnymi zachowaniami. Mianowicie, od dłuższego już czasu dziewczynka wychodzi na bardzo ruchliwą jezdnię i kładzie się na asfalcie. Reaguje wielkim ożywieniem, gdy tuż przed nią, z piskiem opon, zatrzyma się jakiś samochód, a kierowcą jest mężczyzna. Owi przypadkowi panowie z oburzeniem odprowadzają ją do domu, opowiadając potem rodzicom, jakich to prowokacyjnych sposobów (zdejmowanie ubrań, „zalotne” rozmowy) używa ich dziecko, by zwrócić na siebie uwagę. Nie brak w tym cierpkich uwag o braku odpowiedzialności za dziecko, ale rodzice nadal czują się zupełnie bezsilni wobec takich zachowań córki.

#### OPIS PRZYPADKU NR 5

Chłopiec pięcioletni, uczęszczający do przedszkola drugi rok. Wychowuje się w rodzinie pełnej, ma młodszego brata. Ze względu na trudności w rozwoju objęty jest w przedszkolu wczesnym wspomaganiami. Opóźniony jest rozwój motoryki, występuje wada wymowy oraz zaburzenia integracji sensorycznej. Chłopiec jest spokojny, typ - obserwator, wycofany społecznie, lękowy, napięty, nieśmiały. Podczas zabawy swobodnej chłopiec obserwuje inne dzieci lub bawi się sam, rzadko włącza się do wspólnej zabawy. Objawy masturbacji można zaobserwować podczas "leżakowania" (półgodzinnego odpoczynku na dywanie po obiedzie) oraz siedzenia przy stoliku. Podczas odpoczynku chłopiec kładzie się na brzuchu, pręży się i pociera dolną częścią ciała o dywan. Czasami dotyka się także rękami (wkłada je do spodni). Natomiast podczas posiłku lub zajęć dydaktycznych chłopiec rusza nogami, rozszerza je, a następnie zaciska, uderza jedną o drugą, dotyka się. Przed rozpoczęciem wymienionych powyżej zachowań chłopiec obserwuje, czy opiekunowie grupy na niego patrzą. Przy braku reakcji nie przestaje się onanizować. Z informacji uzyskanych od mamy wynika, że takie sytuacje powtarzają się w domu - szczególnie podczas leżenia na brzuchu.

- **MITY NA TEMAT ZACHOWAŃ MASTURBACYJNYCH:** uczestnicy szkolenia tworzą listę przekonań/ mitów na temat zachowań masturbacyjnych. Omówienie tego pod kątem co jest prawdą/fałszem. Przekazanie następujących informacji:
  - ✚ W większości przypadków masturbacja nie przynosi żadnych negatywnych konsekwencji. Nie prowadzi do żadnych chorób, zaburzeń seksualnych, nie jest objawem zaburzeń psychicznych.
  - ✚ To błędne myślenie o masturbacji w kategoriach czegoś złego, nienormalnego, szkodliwego powoduje, że zachowaniom autoseksualnym zaczyna towarzyszyć lęk, niepokój, poczucie winy i to właśnie może przyczynić się do problemów psychologicznych czy seksualnych.
  - ✚ Nerozładowane napięcie seksualne może powodować rozdrażnienie, bóle brzucha i inne dolegliwości somatyczne

**Masturbacja nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej, zespołu Downa czy autyzmu!**

**JEST ZAZWYCZAJ OBJAWEM ZDROWIA!**



- **DLACZEGO SIĘ MASTURBUJĄ?** Zapoznanie uczestników szkolenia z pozaseksualnymi przyczynami zachowań masturbacyjnych. Wykład.

**Przyczyny masturbacji:**

Odczuwanie silnego napięcia seksualnego w okresie dojrzewania.

Nieemożność zaspokojenia potrzeby seksualne poprzez współżycie seksualne w życiu dorosłym.

**Pozaseksualne przyczyny masturbacji:**

Głód stymulacji – nuda, brak bodźców.

Nadmiar bodźców.

Zaburzenia sensoryczne (nadwrażliwość, niedowrażliwość).

Nieradzenie sobie ze swoimi emocjami.

Chęć zwrócenia na siebie uwagi.

Napięcie mięśniowe.

Czynniki zdrowotne i higieniczne.

- ✓ Czasem kilka wymienionych czynników nakłada się na siebie, należy o tym pamiętać.
- ✓ Zdarza się, że masturbacja jest wyjątkowo intensywna ponieważ nigdy nie doszło do orgazmu (rodzic, nauczyciel krzyczy, bije po rękach, zabrania)
- ✓ Jeśli osoba masturbuje się nieprzerwanie od wczesnego dzieciństwa poprzez okres dojrzewania aż do dorosłości i intensywność masturbacji jest duża wówczas z dużym prawdopodobieństwem przyczyna ma charakter pozaseksualny – zaspokajana jest inna niż seksualna potrzeba.

- **JAK REAGOWAĆ GDY PODOPIECZNY SIĘ MASTURBUJE?** Zapoznanie uczestników szkolenia w podstawowe zasady obowiązujące przy podejmowaniu prawidłowej interwencji.

Po pierwsze: Uznaj, że masturbacja nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej ani żadnej innej choroby

Po drugie: Ustal przyczynę.

Po trzecie: Jeśli przyczyna jest inna niż potrzeba seksualna skoncentruj się na niej, nie na masturbacji.

ĆWICZENIE ZESPOŁOWE/polecenie: weź kartkę papieru i postaraj się odpowiedzieć na poniższe pytania. Jeżeli chcesz poznać więcej szczegółów to w odpowiedni sposób zadaj pytania rodzicom lub innym pracownikom.

- ❖ w jakim wieku pojawiła się masturbacja;
- ❖ w jakich sytuacjach zachowanie masturbacyjne jest najczęściej podejmowane;
- ❖ jakimi i jak silnymi reakcjami emocjonalnymi jest poprzedzone zachowanie;
- ❖ czy masturbacja jest podejmowana w miejscach intymnych czy w obecności innych osób;
- ❖ jak często obserwuje się dążenie do masturbacji;
- ❖ jaka jest jej intensywność zachowania autoseksualnego i czy zaburza ono codzienne funkcjonowanie osoby;
- ❖ jak dotychczas reagowaliśmy na masturbację i w jakim stopniu te reakcje okazały się skuteczne;
- ❖ czy poprzez masturbację osoba uzyskuje satysfakcję seksualną.

Kiedy interweniować?

- ✓ Kiedy masturbacja zaspokaja inną potrzebę niż potrzeba seksualna.



### Masturbacja wymaga szczególnej interwencji jeśli:

- ❖ Jeśli osoba uszkadza, kaleczy, rani swoje ciało, wkłada przedmioty w miejsca intymne.
  - ❖ Jeśli osoba masturbuje się bez przerwy i nie jest w stanie skupić się na innej czynności.
  - ❖ Jeśli osoba masturbuje się przy innych.
- **WPROWADZENIE W TRENING MASTURBACYJNY:** 3 podstawowe zasady, które powinieneś przekazać w postaci prostych komunikatów osobie niepełnosprawnej intelektualnie. Wprowadzenie, że osoba niepełnosprawna może masturbować się:
1. gdy jest sama,
  2. gdy jest w miejscu intymnym, odosobnionym, np. toaleta, własny pokój, łóżko, itp.
  3. gdy przestrzega zasad higieny.
- W ramach ćwiczenia uczestnicy w parach realizują scenariusz hipotetycznej rozmowy. Jedna z osób wciela się w postać osoby niepełnosprawnej intelektualnie, druga pozostaje w roli terapeuty, pracownika, opiekuna formalnego. Omówienie komunikatów. Informacje zwrotne.
- **PRACA Z PODOPIECZNYM Z KTÓRYM MOŻLIWE JEST PRZEPROWADZENIE ROZMOWY WYJAŚNIAJĄCEJ. PRACA Z PODOPIECZNYM GŁĘBOKO LUB ZNACZNIE NIEPEŁNOSPRAWNYM INTELEKTUALNIE. SCHEMAT ROZMÓW.**
- „To zrozumiałe, że dojrzewasz i zmienia się twoje ciało. To normalne, że czujesz podniecenie i chcesz się dotykać. Nie ma w tym nic złego. Ale ważne, abyś pamiętał o bardzo ważnych zasadach:
- „Możesz się dotykać, ale tylko wtedy gdy jesteś w swoim pokoju/łazience. Nie wolno tego robić w autobusie, w szkole, w kuchni, itp. Możesz to robić tylko w łazience/swoim pokoju” – ważne, aby wspólnie z pozostałymi pracownikami ustalić, w jakim miejscu osoba niepełnosprawna intelektualnie może się masturbować. Pamiętaj, że zachowanie masturbacyjne nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej, a jedynie formą rozładowania napięcia. Różnica w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie wiąże się z tym, że często nie mają możliwości zaspokojenia swoich potrzeb w relacji z drugą osobą oraz dostępu do prawidłowej edukacji seksualnej.
  - Możesz się dotykać, gdy jesteś sam w pokoju/łazience. Nie wolno dotykać się, gdy ktoś jest z tobą, np. koledzy, rodzice, rodzeństwo. Innym osobom takie zachowanie może się podobać.
  - Nie wolno ci się też dotykać razem z innymi osobami
  - Nie wkładaj niczego do pochwy/nie wkładaj penisa w żadną dziurkę/ nie wkładaj niczego do cewki moczowej ponieważ będzie cię bolało i będziesz musiał pojechać do lekarza.
  - Pamiętaj, aby umyć ręce przed i po. Umyj penisa/wargi sromowe i łechtaczkę, ubierz się i dopiero możesz wrócić do swoich codziennych zajęć.
  - Pamiętaj, że możesz się dotykać, nikt nie będzie na ciebie zły, ale możesz to robić tylko wtedy gdy jesteś sam oraz w ustalonym miejscu.

Przedstawiona rozmowa może okazać się za trudna, wówczas należy pokazać o co nam chodzi. Jeśli nie da odwrócić uwagi podopiecznego i zająć go inną czynnością należy spokojnie,

bez złości zabrać ręce z krocza, powiedzieć nie wolno, zaprowadzić do łazienki/pustego pokoju i powiedzieć: tu możesz się dotykać. Być może potrzebnych będzie kilkadziesiąt takich powtórzeń. Zwróć też uwagę podopiecznego na konieczność umycia rąk i wytarcia penisa/warg sromowych.

Jeśli podopieczny jest głęboko niepełnosprawny intelektualnie i mało sprawny ruchowo i nie jesteś w stanie wytłumaczyć mu powyższych zasad, po prostu uznaj, że czasem trzeba go zostawić samego i wyjść.

Poniżej uczestnicy szkoleń.







## **Rozdział V. Niezbędnik osoby świadomej- czyli „Nic co ludzkie-katalog postaw i zachowań wobec intymności osób z niepełnosprawnością intelektualną.**

Realizacja grantu z zakresu seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną wiązała się z konkretnymi pytaniami dot. obszaru seksualności, stawianymi przez każdą z trzech grup, która uczestniczyła w superwizjach i szkoleniach. Pytania czy trudności z jakimi na co dzień w swojej pracy spotykają się przedstawiciele opiekunów formalnych, nieformalnych czy medycznych obrazują, jak rozwój psychoseksualny osób z niepełnosprawnością intelektualną jest jeszcze często pomijany, albo wręcz nieodkryty. W odpowiedzi na przekazywaną wiedzę dotyczącą seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, czy rozwiązania jakie pojawiały się w trakcie superwizji część osób profesjonalnie zajmujących się na co dzień wsparciem osoby z niepełnosprawnością informowała, że rozwiązania, chociażby dotyczące treningu masturbacyjnego są dla nich trudne do przyjęcia ze względu na aspekt religijny. Takie trudności pojawiały się również przy innych zagadnieniach związanych z seksualnością osoby z niepełnosprawnością intelektualną, a dotyczyły m.in., rodzicielstwa, antykoncepcji, przemocy seksualnej, czy wspomnianej wcześniej masturbacji.

W nawiązaniu do pytań, jakie usłyszałam w trakcie realizacji grantu powstał katalog prawidłowych zachowań i potrzeb w oparciu o konkretne przykłady będące „drogowskazem” bezpiecznych i profesjonalnych zachowań względem intymności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Poniższy katalog został opracowany w oparciu o poradnik I. Fornalik „Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną?”.

### **Pytanie 1. Jaka jest seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie?**

Taka sama jak wszystkich. Seksualność jest wpisana w życie każdego człowieka. Niepełnosprawność intelektualna, jak sama nazwa wskazuje dotyczy intelektu, a nie seksualności.

### **Pytanie 2. Jak przebiega rozwój psychoseksualny osoby niepełnosprawnej intelektualnie?**

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie rozwijają się psychoseksualnie tak samo jak dzieci sprawne – wszystkie zmiany organizmu są jednakowe i następują w tej samej kolejności. Rozwój psychoseksualny może przebiegać wolniej z powodów zdrowotnych, ponadto dość często jest spowalniany przez ograniczenia społeczne i kulturowe.

### **Pytanie 3. Czy można mówić o jakiejś specyfice rozwoju psychoseksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie?**

Tak. Nie ma społecznego przyzwolenia na seksualność osób niepełnosprawnych, przez co kwestie związane z seksualnością są ignorowane, nierzadko negatywnie postrzegane. Dostęp do edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych jest ograniczony. Brak społecznie wypracowanej koncepcji dorosłości osób niepełnosprawnych intelektualnie, włączając w to wymiar kobiecości i męskości sprawia, że seksualność, w wychowaniu rodzinnym i instytucjonalnym jest pomijana, zaniedbywana, nierzadko zaprzeczana, co ma niekorzystne skutki dla rozwoju psychoseksualnego.

### **Pytanie 4. A jeśli dziecko nie zadaje pytań dotyczących seksualności?**

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną zazwyczaj później zaczynają mówić lub mają ograniczone możliwości komunikacji werbalnej w porównaniu do swoich pełnosprawnych rówieśników. Ale to, że dzieci nie pytają o sprawy związane z seksualnością nie znaczy, że ta kwestia nie budzi ich ciekawości. Rozmowy na temat seksualności należy inicjować.



**Pytanie 5. Czy dziecięce przejawy seksualności takie jak: masturbacja wczesnodziecięca, zabawy seksualne, dziecięcy ekshibicjonizm, czy podglądanie dotyczą dzieci z niepełnosprawnością intelektualną?**

Tak, rozwój psychoseksualny dzieci z niepełnosprawnością intelektualną przebiega tak samo jak rozwój ich pełnosprawnych rówieśników, tyle że może następować nieco później i być bardziej widoczny.

**Pytanie 6. Dlaczego przejawy dziecięcej seksualności u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie są przez nie eksponowane?**

Jest to spowodowane wyłącznie tym, że dzieci NIE WIEDZĄ co i kiedy jest dozwolone, oraz kiedy łamią społeczne normy. Dzieciom z niepełnosprawnością intelektualną trudno uczyć się „przy okazji” i bez wyjaśniania rozumieć panujące w świecie zasady.

**Pytanie 7. Zdarza się, że dorosła osoba niepełnosprawna intelektualnie przejawia dziecięce zachowania seksualne, dlaczego?**

Przejawy seksualności dziecięcej u dorosłej osoby mogą być wyrazem dążenia do realizowania niezaspokojonych wcześniej dziecięcych potrzeb: bliskości, więzi, czułości, emocjonalnego bezpieczeństwa, cielesności. Mogą być też sposobem na unikanie agresji ze strony dorosłych, od których osoba niepełnosprawna jest przecież w dużym stopniu zależna. Bywają również efektem zaniedbań w edukacji seksualnej na wcześniejszych etapach rozwoju.

**Pytanie 8. Kiedy aktywność seksualna dziecka/nastolatka wymaga interwencji?**

Zasady w tym względzie są uniwersalne. Aktywność seksualna każdego dziecka i nastolatka zawiera się w granicach normy, gdy nie jest działaniem dominującym, mieści się w zakresie zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku, ma miejsce pomiędzy osobami będącymi w zbliżonym wieku, opiera się na zasadzie dobrowolności, jest bezpieczna dla zdrowia, nie powoduje dyskomfortu psychicznego, nie narusza przyjętego porządku społecznego.

**Pytanie 9. Czy to prawda, że osoby niepełnosprawne mają silniejszą potrzebę seksualną od osób sprawnych?**

Nie, to mit. Siła potrzeby seksualnej jest kwestią indywidualną tak samo u osób niepełnosprawnych jak i sprawnych.

**Pytanie 10. Czy podejmowanie przez nastolatka pieszczot z osobą tej samej płci świadczy o jego orientacji homoseksualnej?**

Niekoniecznie, chociaż nie jest to wykluczone. Może wskazywać na przykład na tzw. homofilijną fazę rozwoju (10-12 r. ż.), wynikać z ciekawości, czy braku możliwości zaspokojenia potrzeby seksualnej w kontakcie z osobą innej płci.

**Pytanie 11. Czy potrzebę seksualną można zastąpić?**

Nie. Chociaż popęd seksualny da się ukierunkować na inną aktywność: duchową, artystyczną, jednak wymaga to sporego wysiłku intelektualnego. Czy osoby niepełnosprawne intelektualnie poradzą sobie z tym? Może się okazać, że nie.

**Pytanie 12. A co się dzieje, gdy potrzeba seksualna nie jest ukierunkowana na nic innego i nie jest zaspokojona?**

Potrzeba seksualna jest podstawową potrzebą człowieka, potrzebą fizjologiczną. Jeśli nie zostanie zaspokojona istnieje duże prawdopodobieństwo, że zacznie dominować nad innymi potrzebami.



**Pytanie 13. W jaki sposób osoby z niepełnosprawnością intelektualną starają się zaspokoić potrzebę seksualną?**

Tak jak wszyscy – poprzez pieczyoty swoich genitaliów, pieczyoty z partnerem i współzycie seksualne. Jednak im głębsza jest niepełnosprawność intelektualna osoby, tym rzadziej dąży ona do zaspokojenia potrzeby seksualnej w relacji z drugą osobą, swoją seksualność kierując na własne ciało.

**Pytanie 14. Czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą być płodne?**

Oczywiście. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną obu płci mogą być płodne. Płodność zależy nie od sprawności intelektualnej, ale innych czynników, które są takie same u wszystkich ludzi. Badania wskazują na obniżenie płodności u mężczyzn z zespołem Downa. Spermatogeneza jest prawidłowa, natomiast ilość plemników jest mniejsza i nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o wartość biologiczną nasienia.

**Pytanie 15. A jeśli osoba niepełnosprawna intelektualnie zapragnie mieć dziecko?**

Z potrzebą macierzyństwa i ojcostwa nie ma co dyskutować, bo jest to zdrowa, naturalna potrzeba. Jednak należy ukazywać ogrom obowiązków, jakie spadają na rodziców, pokazywać życie takim, jakim jest naprawdę. Rozmowy i działania powodują lepsze zrozumienie trudności związanych z wychowaniem dziecka i dość często przyczyniają się do rezygnacji z roli matki/ojca. Poza tym warto włączyć te osoby do opieki nad młodszym rodzeństwem, by miały możliwość zaspokojenia swych uczuć macierzyńskich i ojcowskich. Nie można przy tym zapominać, że osoby lekko niepełnosprawne intelektualnie stają się rodzicami. Dlatego trzeba ich do tej roli przygotować, edukować.

**Pytanie 16. Jakie treści z zakresu edukacji seksualnej przekazywać osobom z niepełnosprawnością intelektualną?**

Informacje dotyczące seksualności człowieka są takie same dla każdego. Różnica tkwi jedynie w sposobie przekazu, który dostosować musimy do konkretnej osoby/grupy osób.

**Pytanie 17. Czy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną należy rozmawiać o współzyciu seksualnym?**

Oczywiście. Tylko osoby z niepełnosprawnością w stopniu głębokim nie są w stanie przyswoić tych treści. W przypadku pozostałych należy rozmawiać dostosowując zakres wiedzy i sposób jej przekazywania do ich intelektualnych możliwości. Powinno się także rozmawiać z tymi osobami, które tylko w minimalnym stopniu są w stanie zrozumieć treści.

**Pytanie 18. W jakim celu rozmawiać z niepełnosprawnymi intelektualnie o seksie?**

Przede wszystkim dlatego, że edukacja seksualna jest prawem każdego człowieka. Ponadto nawet u osób znacznie i głęboko niepełnosprawnych nie można wykluczyć prawdopodobieństwa rozpoczęcia życia seksualnego, choć jest ona zmniejszone. Natomiast u osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim jest wysoce prawdopodobne, dlatego potrzebna jest wiedza na temat seksu.

**Pytanie 19. Co należy powiedzieć o seksie?**

Przede wszystkim trzeba wyjaśnić na czym seks polega, opowiedzieć o konsekwencjach seksu, zaznajomić z metodami zabezpieczającymi przed ciążą oraz infekcjami przenoszonymi drogą płciową, wyraźnie podkreślić, że każdy ma prawo nie zgodzić się na współzycie seksualne, zaznaczyć, że seks powinien iść w parze z miłością.

**Pytanie 20. Jak reagować na słowa: „zakochałam/zakochałem się...”?**

O miłości warto rozmawiać, opowiadać o różnych jej odcieniach: macierzyńskim, przyjacielskim, intymnym. Przy czym niezbędne jest zwrócenie uwagi na fakt, iż nie zawsze istnieje możliwość realizacji miłości, że zdarza się miłość nieodwzajemniona. Warto także omówić temat właściwych form okazywania miłości ukochanej osobie i odpowiedzialności za nią. Należy mówić o: okazywaniu



uczucie, wierności, spędzaniu czasu z osobą kochaną, trosce, wzajemnej pomocy, a także ewentualnych możliwościach, czy ograniczeniach we wspólnym życiu.

### **Pytanie 21. A co jeśli osoba z niepełnosprawnością intelektualną wyzna mi miłość?**

Warto uczciwie mówić o własnym stosunku do niej i szczerze odpowiadać na pytania, nie bagatelizować, nie ignorować i nie unikać tematu. Ponadto w sytuacji, gdy nie odwzajemniamy uczucia musimy powiedzieć to wprost osobie z niepełnosprawnością intelektualną, np. „To miłe, że jestem ważny/ważna dla Ciebie, ale ja Ciebie nie Kocham”. Ważne, abyśmy nie utrzymywali osoby z niepełnosprawnością intelektualną w błędnym przekonaniu, że odwzajemniamy jej uczucia.

### **Pytanie 22. Zdarza się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną chcą wziąć ślub, co wtedy?**

Trzeba powiedzieć, że małżeństwo to nie tylko ślub, ale niełatwa codzienność, a czasami odmienne pomysły na życie. Należy rozmawiać o codziennym życiu we dwoje, zadawać następujące pytania: gdzie będziecie mieszkać? Z czego będziecie się utrzymywać? Jak zapłacicie rachunki? Jak poradzicie sobie z gotowaniem? Jak załatwicie sprawy w urzędzie? Co się stanie, gdy pojawi się dziecko? Co się stanie, gdy jedno z Was zachoruje?

### **Pytanie 23. Czy osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą wziąć ślub?**

W polskich przepisach czytamy: Art. 12. & 1. Kodeks rodzinny i opiekuńczy: *Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa.*

### **Pytanie 24. Czy to prawda, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną są szczególnie narażone na wykorzystanie seksualne?**

Tak. Zgodnie z wynikami badań dzieci niepełnosprawne są wykorzystywane seksualnie 3 razy częściej niż dzieci pełnosprawne! Tylko 3% przypadków wykorzystywania seksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie jest ujawnianych! Trzeba pamiętać, że istnieje **zjawisko przemocy rówieśniczej**, które polega na tym, że osoba niepełnosprawna intelektualnie podejmuje aktywność seksualną z inną osobą, która jest od niej mniej sprawna i nie jest w stanie wyrazić swojej woli. Także stosowanie wulgarnych, zabarwionych seksualnie przezwisk, nagrywanie rówieśników w sytuacjach intymnych jest wykorzystywaniem seksualnym.

### **Pytanie 25. Dlaczego osoby z niepełnosprawnością intelektualną tak często padają ofiarą przemocy seksualnej?**

Przyczyn jest wiele. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają ograniczone umiejętności komunikacyjne przez co sprawca czuje się bezpieczny. Mają również trudności z przewidywaniem i wyczuwaniem zagrożenia. Bywają naiwne, zbyt ufne, lepkie emocjonalnie. Czują się zależne od innych.

Mogą nie rozumieć, że dane zachowanie przekracza granicę intymności. Nie mają świadomości, iż sytuację trudną da się zmienić. Może też być tak, że dana osoba tak bardzo chce być kochana, że zgadza się na przemoc, na przykład w związku. Poza tym powszechne jest bagatelizowanie sygnałów o wykorzystywaniu seksualnym i brak edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz ich opiekunów.

### **Pytanie 25. Czy opiekunowie mogą przyczynić się do zwiększenia ryzyka wykorzystania seksualnego osoby z niepełnosprawnością intelektualną?**

Tak. Wyróżnia się przyczyny leżące po stronie opiekuna/institucji. Mianowicie, osoby z niepełnosprawnością intelektualną są wychowywane na osoby „ugrzecznione”. Bywają namawiane lub pozwala im się na nadmierną bliskość w kontaktach z innymi. Niektórzy



rodzice/opiekunowie/nauczyciele nie respektują prawa osób z niepełnosprawnością intelektualną do intymności, np.: zmieniają lub przebijają podopiecznego przy innych. Efektem jest niemożność nauczania rozróżnienia „intymne – nieintymne”. W rezultacie osoba nie dostrzega, gdy ktoś narusza jej intymność i przekracza granice intymności w kontaktach z innymi. Nierzadko opiekunowie nie znają symptomów wykorzystania seksualnego, a więc nie potrafią sprawnie wychwycić faktu doświadczania przemocy.

### **Pytanie 26. Jak chronić przed wykorzystaniem seksualnym?**

Szalenie istotne jest przestrzeganie określonych zasad w codziennym funkcjonowaniu – szanowanie i ochrona intymności, uświadomienie prawa do nietykliwości fizycznej własnej i innych osób. Poza tym cenne jest uczestnictwo zarówno rodzica/opiekuna jak i osoby niepełnosprawnej w zajęciach z edukacji seksualnej, których elementem są zawsze warsztaty profilaktyczne dotyczące seksualnej przemocy

## **JAK POSTĄPIĆ GDY MAM PODEJRZENIA, ŻE OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ DOŚWIADCZA LUB DOŚWIADCZYŁA WYKORZYSTANIA SEKSUALNEGO?**

### **PAMIĘTAJ!**

Tuszowanie faktu wykorzystywania seksualnego nie chroni ani podopiecznego, ani jego rodziny, chroni sprawcę! Swoim milczeniem zwiększasz ryzyko ponownego wykorzystania. Ujawnienie molestowania jest podstawowym krokiem w procesie „zdrowienia” ofiary.

Uznaj fakt, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są ofiarami przemocy seksualnej i są w większym stopniu na nią narażone, a milczenie jest swoistym współuczestnictwem w krzywdzeniu.

#### **▪ PRZESTRZEGAJ ZASAD!**

Ważne by z twoich ust padło: „WIERZĘ CI”.

Nie zadawaj pytań mogących mieć charakter sugerujący.

Zapewnij, że zrobisz wszystko by pomóc ale nie składaj pochopnych obietnic.

Nie okazuj silnych emocji ale też nie udawaj, że nic się nie stało.

Pozwól wyrazić emocje.

**PODOPIECZNY MUSI DOWIEDZIEĆ SIĘ, ŻE CAŁA WINA LEŻY PO STRONIE SPRAWCY NIEZALEŻNIE OD TEGO CZY SIĘ BRONIŁ CZY NIE**

#### **▪ ZGŁOŚ FAKT WYKORZYSTYWANIA!!!** Kwestie prawne związane z wykorzystywaniem reguluje m. in. Kodeks karny. Szczególnie ważny jest rozdz. XXV Art. 198:

„Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Przepis ten w praktyce oznacza:

Osoba dorosła (powyżej 15 r. ż.) niepełnosprawna intelektualnie (jeśli postępowanie wykaże, że nie jest świadoma czynu) nawet wyrażając zgodę na obcowanie płciowe lub inne czynności seksualne jest uznana za ofiarę.

W takiej sytuacji jest to przestępstwo, które musi być ścigane nawet wówczas, gdy nie jest potwierdzone wnioskiem pokrzywdzonego.



▪ **POROZMAWIAJ Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ**

Informacja o wykorzystaniu seksualnym niewątpliwie budzi silne emocje. Warto wskazać wytyczne opiekunom/rodzicom według których powinni postępować po otrzymaniu informacji o wykorzystaniu seksualnym dziecka (również dorosłej osoby z niepełnosprawnością intelektualną).

Poinformuj opiekunów, że:

- Nie powinni zmuszać dziecka/ONI do konfrontacji ze sprawcą; powinni zadbać o to, aby odizolować sprawcę od ofiary
- Nie powinni wielokrotnie dopytywać o okoliczności zdarzenia
- Ważne jest opanowanie emocji, choć może to być trudne opiekunowie nie powinni ani dramatyzować, ani ignorować zaistniałego problemu,
- Powinni zapewnić osobę wykorzystaną seksualnie, że zrobią wszystko, aby czuła się bezpiecznie,
- Mogą przygotować podopiecznego do nowej sytuacji jaką jest przesłuchanie, czy wizyta w sądzie wykorzystując do tego książeczki wydane przez Fundację Dzieci Niczyje np. „Idę do sądu”, „Będę świadkiem w sądzie” (dostępne na stronie internetowej [www.fdn.pl](http://www.fdn.pl)),
- Mogą zapewnić odpowiednie wsparcie psychologiczne i terapeutyczne. Warto wskazać instytucje/ośrodki, w których będą mogli uzyskać wsparcie, jak np. Ośrodek Interwencji Kryzysowej. Poinformuj, że pomożesz znaleźć np. odpowiedniego terapeuty, który ma doświadczenie w pracy z ofiarami wykorzystania seksualnego.

## **ZACHOWANIA MASTURBACYJNE – W JAKI SPOSÓB PRAWIDŁOWO PRZEPROWADZAĆ INTERWENCJĘ/ REAGOWAĆ**

Zachowania masturbacyjne były najczęściej superwizowanym problemem w każdej z 3 grup, tj. opiekunów formalnych, opiekunów nieformalnych oraz opiekunów medycznych. W związku z tym, poniżej przedstawiono szczegółowe działania jakie należy rozpocząć w momencie obserwowanych zachowań masturbacyjnych u osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

W celu podjęcia prawidłowej interwencji musisz zdiagnozować jaki rodzaj masturbacji obserwujesz u swojego podopiecznego. Pomocny będzie poniższy schemat:

### **MASTURBACJA ROZWOJOWA: JAK REAGOWAĆ?**

Nie koncentruj się na niej, dyskretnie odwróć uwagę dziecka/osoby z niepełnosprawnością intelektualną np.: poprzez zaproszenie do ciekawej zabawy/zadania. Krzyk i kary mogą utrwalić masturbację. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym lub głębokim warto rozważyć przeprowadzenie treningu masturbacyjnego.

### **MASTURBACJA EKSPERYMENTALNA: JAK REAGOWAĆ?**

Wytłumacz dziecku/ osobie z niepełnosprawnością intelektualną, że nie należy bawić się w zabawy, które mogą zagrażać zdrowiu, nie można ranić się, uszkadzać swojego ciała. Masturbacja eksperymentalna powinna być sygnałem do podjęcia z dzieckiem/ONI tematyki związanej z budową ciała. Dziecko wyposażone w wiedzę nie będzie musiało szukać jej na własną rękę i eksperymentować.



## MASTURBACJA INSTRUMENTALNA: JAK REAGOWAĆ?

Skup się na konkretnych przyczynach. Pomoc powinna polegać na rozwiązaniu problemu dziecka? ONI, np.: nauczenie radzenia sobie ze stresem, lękiem. Koncentracja na wyeliminowaniu masturbacji jest najczęstszym powodem niepowodzeń wychowawczych. Gdy dziecko/osoba z niepełnosprawnością intelektualną masturbuje się z lęku a rodzic na nie za to krzyczy, mówi że to złe lęk wzrośnie i do tego pojawi się poczucie winy i masturbacja nasili się

## JAK REAGOWAĆ GDY PODOPIECZNY SIĘ MASTURBUJE?

Po pierwsze: Uznaj, że masturbacja nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej ani żadnej innej choroby

Po drugie: Ustal przyczynę.

Po trzecie: Jeśli przyczyna jest inna niż potrzeba seksualna skoncentruj się na niej, nie na masturbacji.

### ZADAJ SOBIE PYTANIA:

- ❖ w jakim wieku pojawiła się masturbacja;
- ❖ w jakich sytuacjach zachowanie masturbacyjne jest najczęściej podejmowane;
- ❖ jakimi i jak silnymi reakcjami emocjonalnymi jest poprzedzone zachowanie;
- ❖ czy masturbacja jest podejmowana w miejscach intymnych czy w obecności innych osób;
- ❖ jak często obserwuje się dążenie do masturbacji;
- ❖ jaka jest jej intensywność zachowania autoseksualnego i czy zaburza ono codzienne funkcjonowanie osoby;
- ❖ jak dotychczas reagowaliśmy na masturbację i w jakim stopniu te reakcje okazały się skuteczne;
- ❖ czy poprzez masturbację osoba uzyskuje satysfakcję seksualną.

**Kiedy interweniować?** Kiedy masturbacja zaspokaja inną potrzebę niż potrzeba seksualna.

### Masturbacja wymaga szczególnej interwencji jeśli:

- ❖ Jeśli osoba uszkadza, kaleczy, rani swoje ciało, wkłada przedmioty w miejsca intymne.
- ❖ Jeśli osoba masturbuje się bez przerwy i nie jest w stanie skupić się na innej czynności.
- ❖ Jeśli osoba masturbuje się przy innych.

**WPROWADZENIE W TRENING MASTURBACYJNY:** 3 podstawowe zasady, które powinieneś przekazać w postaci prostych komunikatów osobie niepełnosprawnej intelektualnie.

Wprowadzenie, że osoba niepełnosprawna może masturbować się:

1. gdy jest sama,
2. gdy jest w miejscu intymnym, odosobnionym, np. toaleta, własny pokój, łóżko, itp.
3. gdy przestrzega zasad higieny.

**PRACA Z PODOPIECZNYM Z KTÓRYM MOŻLIWE JEST PRZEPROWADZENIE ROZMOWY WYJAŚNIAJĄCEJ. PRACA Z PODOPIECZNYM GŁĘBOKO LUB ZNACZNIE NIEPEŁNOSPRAWNYM INTELEKTUALNIE. SCHEMAT ROZMÓW.**

„To zrozumiałe, że dojrzewasz i zmienia się twoje ciało. To normalne, że czujesz podniecenie i chcesz się dotykać. Nie ma w tym nic złego. Ale ważne, abyś pamiętał o bardzo ważnych zasadach:

- „Możesz się dotykać, ale tylko wtedy gdy jesteś w swoim pokoju/łazience. Nie wolno tego robić w autobusie, w szkole, w kuchni, itp. Możesz to robić tylko w łazience/swoim pokoju” – ważne, aby wspólnie z pozostałymi pracownikami ustalić, w jakim miejscu osoba



niepełnosprawna intelektualnie może się masturbować. Pamiętaj, że zachowanie masturbacyjne nie jest objawem niepełnosprawności intelektualnej, a jedynie formą rozładowania napięcia. Różnica w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie wiąże się z tym, że często nie mają możliwości zaspokojenia swoich potrzeb w relacji z drugą osobą oraz dostępu do prawidłowej edukacji seksualnej.

- Możesz się dotykać, gdy jesteś sam w pokoju/łazience. Nie wolno dotykać się, gdy ktoś jest z tobą, np. koledzy, rodzice, rodzeństwo. Innym osobom takie zachowanie może się nie podobać.
- Nie wolno ci się też dotykać razem z innymi osobami
- Nie wkładaj niczego do pochwy/nie wkładaj penisa w żadną dziurkę/ nie wkładaj niczego do cewki moczowej ponieważ będzie cię bolało i będziesz musiał pojechać do lekarza.
- Pamiętaj, aby umyć ręce przed i po. Umyj penisa/wargi sromowe i łechtaczkę, ubierz się i dopiero możesz wrócić do swoich codziennych zajęć.
- Pamiętaj, że możesz się dotykać, nikt nie będzie na ciebie zły, ale możesz to robić tylko wtedy gdy jesteś sam oraz w ustalonym miejscu.

Przedstawiona rozmowa może okazać się za trudna, wówczas należy pokazać o co nam chodzi. Jeśli trudno odwrócić uwagę podopiecznego i zająć go inną czynnością należy spokojnie, bez złości zabrać ręce z krocza, powiedzieć nie wolno, zaprowadzić do łazienki/pustego pokoju i powiedzieć: tu możesz się dotykać. Być może potrzebnych będzie kilkadziesiąt takich powtórzeń. Zwróć też uwagę podopiecznego na konieczność umycia rąk i wytarcia penisa/warg sromowych.

Jeśli podopieczny jest głęboko niepełnosprawny intelektualnie i mało sprawny ruchowo i nie jesteś w stanie wytłumaczyć mu powyższych zasad, po prostu uznaj, że czasem trzeba go zostawić samego i wyjść.

## Rozdział VI. Wnioski i rekomendacje

Proces superwizji dla każdej z 3 grup został ukierunkowany na zdobycie wiedzy z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Poprzez dokonywanie wspólnie z superwizorem analizy doświadczanych problemów z tego obszaru, określanie ich przyczyn, a przede wszystkim poszukiwanie rozwiązań, superwizja przyczyniła się do podniesienia świadomości, że obszar psychoseksualny osób z niepełnosprawnością intelektualną istnieje i przebiega podobnie jak u osób pełnosprawnych. Być może superwizja i wypracowane procedury przyczynią się do podniesienia jakości świadczonych usług w przypadku pracowników medycznych oraz opiekunów formalnych.

W ramach realizowanych działań superwizja była definiowana jako *proces uczenia się i ciągłego rozwoju zawodowego służący wzmocnieniu profesjonalnych kompetencji poprzez poszukiwanie źródeł trudności w pracy i możliwości ich pokonania. Jest to profesjonalny dialog, w którym omawiane są kwestie poznawcze, emocjonalne i etyczne wynikające z relacji pomiędzy klientem, pracownikiem i placówką, umożliwiając praktykom refleksję nad jakością swej pracy*<sup>4</sup>.

Działaniami superwizyjnymi objęto 3 grupy reprezentujące:

- Opiekunów nieformalnych - czyli osoby z otoczenia osób niepełnosprawnych intelektualnie, które nie sprawują opieki na co dzień a jedynie sporadycznie lub biernie (obserwacja,

---

<sup>4</sup> Łucznińska M., Olech A., *Wprowadzenie do superwizji pracy socjalnej*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, str. 7.



współprzeżywanie) mają kontakt z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, są to członkowie rodzin, sąsiedzi, itp.

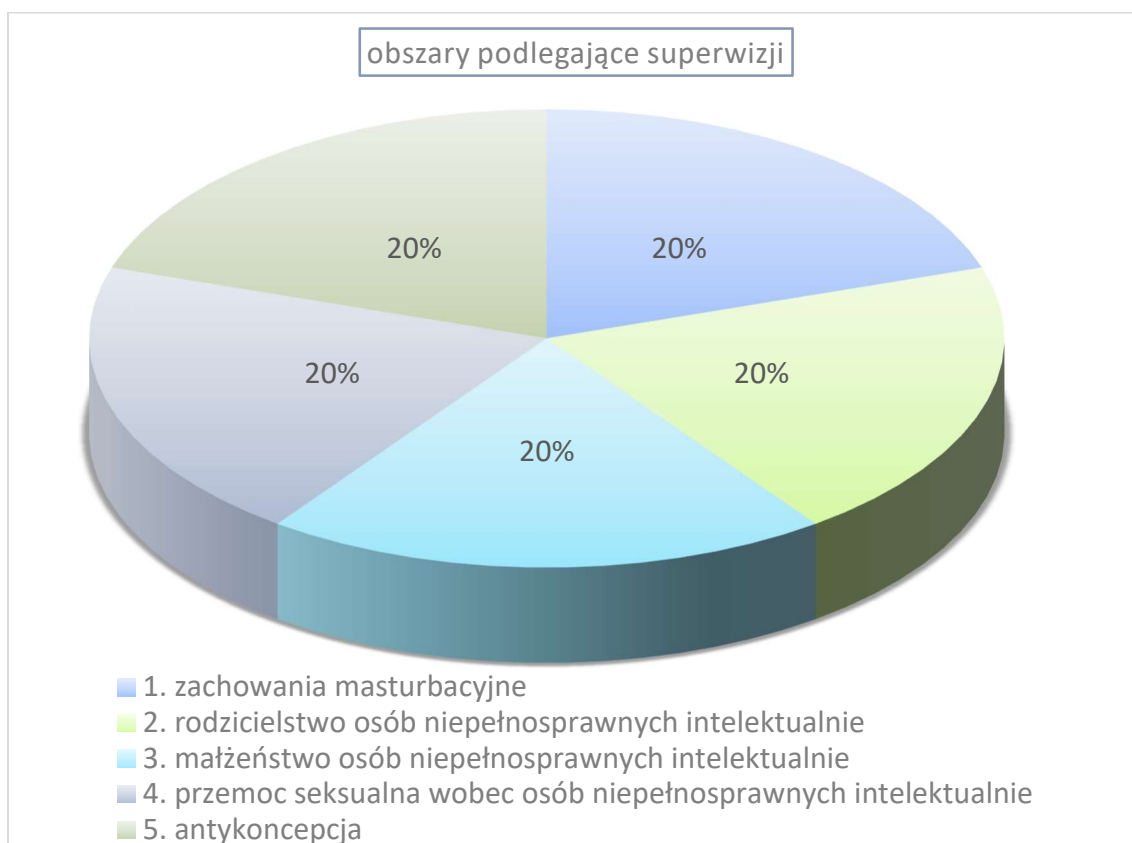
- opiekunów formalnych - czyli osoby wykwalifikowane do pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie (np. pracownicy dziennych placówek sprawujących opiekę nad niepełnosprawnymi intelektualnie)
- pracowników służby zdrowia (pielęgniarka, lekarz, fizjoterapeuta, rehabilitant, dietetyk, itp.)

Łącznie w superwizji uczestniczyło 30 osób: rodzice i rodzeństwo osób niepełnosprawnych intelektualnie, terapeuci zajęciowi, opiekunowie, rehabilitantanci, fizjoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, pedagog, psycholog.

W celu zapewnienia możliwie najwyższego standardu realizowanych działań superwizję zorganizowano odrębnie dla każdej z 3 grup w salach odpowiednio dostosowanych, zapewniając tym samym komfort i bezpieczeństwo superwizowanym.

W ramach przeprowadzonej superwizji wyszczególniono 5 obszarów, w obrębie których byli superwizowani uczestnicy innowacji:

- zachowania masturbacyjne
- rodzicielstwo osób niepełnosprawnych intelektualnie
- małżeństwo osób niepełnosprawnych intelektualnie
- przemoc seksualna wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie
- antykoncepcja



Rysunek 1. Superwizowane obszary

Najczęściej poruszonymi zagadnieniami w każdej grupie superwizowanej, były kwestie związane ze sposobami reagowania na tzw. trudne zachowania seksualne podejmowane przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Wśród takich zachowań superwizowani umieścili całe spektrum nieakceptowalnych tendencji behawioralnych obserwowanych u swoich podopiecznych, jak:



- zachowania masturbacyjne w miejscu publicznym,
- zachowania masturbacyjne stanowiące zagrożenie dla zdrowia i życia podopiecznego,
- uporczywe zachowania masturbacyjne,
- ocieractwo,
- symulacja stosunku w obecności innych osób,
- przemoc seksualna względem drugiej osoby,
- lepkość emocjonalna i związana z tym łatwość wchodzenia w relacje stanowiące zagrożenie.

Grupy superwizowały zarówno zachowania nadające się do treningu behawioralnego, który w wielu przypadkach może zakończyć się wypracowaniem pożądanego zachowania, jak również zachowania, które ze względu na zmiany chorobowe, wynikające np. z niepełnosprawności intelektualnej bądź psychicznej nie doprowadzą do oczekiwanych zmian zachowania. Doprecyzowanie trudnych zachowań, przeanalizowanie ich, poznanie motywów, które je wywołują spowodowało, że superwizowani mogli spojrzeć z innego punktu widzenia na zachowania przejawiane u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Ponadto

Największą trudnością, która pojawiła się w trakcie realizacji powyższych działań innowacyjnych był opór poszczególnych jednostek przed wdrożeniem wiedzy z zakresu wsparcia zachowań seksualnych u osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Każda z superwizowanych grup skupiła się przede wszystkim na analizie i omówieniu jednego z najtrudniejszych obszarów zachowań seksualnych obserwowanych u niepełnosprawnych intelektualnie, a mianowicie na zachowaniach masturbacyjnych. Z racji tego, że opiekunowie nie posiadają wiedzy na temat, jak skutecznie reagować, nie doprowadzając równocześnie do wywołania frustracji u osób zależnych, to ich aktywność dotychczas skupiała się głównie na zakazywaniu podejmowanych zachowań, bądź wprowadzeniu farmakoterapii mającej na celu „wyciszenie” tzw. „objawów” (normalnych zachowań).

Podczas działań innowacyjnych osoby zostały przygotowane m.in. do przeprowadzenia tzw. treningu masturbacyjnego wśród osób zależnych (zwłaszcza w przypadku osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym i głębokim). Prawidłowo przeprowadzony trening przełoży się na lepsze funkcjonowanie osób niepełnosprawnych oraz opiekunów.

Podczas superwizji zaobserwowano, że sporą trudnością jest często reakcja osób na samo określenie „trening masturbacyjny” – osoby często myślą, że będą miały za zadanie nauczyć osoby niepełnosprawne intelektualnie masturbacji. Jest to błędna obawa, ponieważ trening polega na sprowadzeniu podejmowanego już zachowania masturbacyjnego do zachowania społecznie akceptowalnego (zachowanie zasady intymności, co często jest naruszane przez osoby zależne, itp.).

### **Podjęte działania innowacyjne po raz pierwszy w Polsce umożliwiły:**

- przeprowadzenie działań szkoleniowych z zakresu rozwoju psychoseksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie. Szkolenia skierowane zarówno dla pracowników instytucji świadczących wsparcie (DPS, WTZ, ŚDS, PCPR), którzy mówią o braku przygotowania do pracy w tym obszarze, braku gotowości do wspierania podopiecznych w przeżywaniu i kształtowaniu ich seksualności, a także opiekunów tych osób, którzy również nie wiedzą w jaki sposób kształtować seksualność swojego podopiecznego, jak eliminować niebezpieczne zachowania mogące doprowadzić np. do wykorzystania seksualnego, itp.
- przeprowadzenie edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez stworzenie bezpiecznej przestrzeni do zaspokajania potrzeb seksualnych. Edukacja seksualna w tym zakresie przełoży się na zmniejszenie bądź wyeliminowanie ryzyka zachowań przemocowych w stosunku do osób niepełnosprawnych intelektualnie (bardzo często osoby mówią o przejawianych zachowaniach agresywnych względem nich gdy starają się zaspokoić swoje potrzeby bliskości czy seksualne)



- nawiązanie współpracy z ginekologami i urologami, u których osoby niepełnosprawne intelektualnie będą mogły odbyć wizytę lub podjąć leczenie.

### Dlaczego warto zajmować się seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie?

Ponieważ dzięki temu możemy doprowadzić do:

- znacznego poprawienia sytuacji osób zależnych poprzez prawidłowe zaspokojenie ich potrzeb seksualnych
- wzmocnienia świadomości u opiekunów osób zależnych, że obserwowane przez nich zachowania seksualne wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie nie są przejawem „inności” „niepełnosprawności”, czy „zbożenia” a jedynie wynikają z nieumiejętnych prób zaspokojenia potrzeb prawidłowo rozwijającego się obszaru
- zmiany jakości usług ginekologiczno – urologicznych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez stworzenie „procedury bezpiecznej wizyty” skierowanej do pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie. Pośrednio usługa wpłynie na profilaktykę i leczenie „chorób intymnych” u osób niepełnosprawnych intelektualnie.
- kształtowania prawidłowych postaw prospołecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich opiekunów (również wśród lekarzy i specjalistów)
- podnoszenia świadomości społecznej w obszarze bezpieczeństwa potrzeby seksualności u osób niepełnosprawnych
- zmniejszeniu zachowań z zakresu przemocy seksualnej (większa świadomość zarówno wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie jak i wśród opiekunów)

| L.p. | Rekomendacje dla opiekunów formalnych   | Prognozowany czas potrzebny do rozpoczęcia wdrażania   |
|------|---|--|
| 1.   | <b>Standaryzacja usług i wypracowanie wewnętrznych procedur dot.:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>postępowania i opieki nad mieszkańcem/uczestnikiem przejawiającym uporczywe zachowania masturbacyjne</li> <li>prowadzenia rozmów z opiekunami nieformalnymi (rodzicami, rodzeństwem) osób z niepełnosprawnością intelektualną</li> </ol> | Rozwiązania długofalowe<br>Czas realizacji 2-6 m-cy    |
| 2.   | <b>Spotkania przedstawicieli instytucji działających na danym terenie, których kompetencje i zawodowe działania na rzecz osoby niepełnosprawnej intelektualnie uzupełniają się (WTZ, DPS, ŚDS, Placówki Medyczne, itp.)</b>   | 3 – 6 m-cy   |
| 3.   | <b>Rozwijanie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi oraz innymi służbami w celu podjęcia działań profilaktycznych i informacyjnych</b>   | Niezwłocznie   |
| 4.   | <b>Udostępnienie superwizji pracownikom bezpośrednio pracującym z osobą niepełnosprawną intelektualnie</b><br>Wg potrzeb/możliwości: <ol style="list-style-type: none"> <li>superwizji superwizora zewnętrznego</li> </ol>  | Rozwiązania długofalowe<br>czas realizacji od 6 m – cy |



|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| 5.  | <b>Zapewnienie szkoleń z zakres seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie dla opiekunów formalnych</b>  | Rozwiązania długofalowe |
| 6.  | <b>Zapewnienie szkoleń dla opiekunów nieformalnych, których podopieczni korzystają z opieki opiekunów formalnych</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 7.  | <b>Współpraca opiekunów formalnych i nieformalnych w celu wypracowania wspólnego podejścia do przejawianych zachowań seksualnych u osób niepełnosprawnych intelektualnie/podopiecznych</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 8.  | <b>Zapewnienie wykładni nowo obowiązujących przepisów i udostępnienie jej pracownikom w formie pisemnej dot. przemocy seksualnej, dostępu do edukacji seksualnej, schematu podejmowania działań interwencyjnych, itp.</b>  | Niezwłocznie            |
| 9.  | <b>Nawiązanie współpracy z ginekologami i urologami, u których osoby niepełnosprawne intelektualnie mogłyby odbyć wizytę lub podjąć leczenie</b>   | Niezwłocznie            |
| <b>Rekomendacje dla opiekunów nieformalnych</b> |  |                         |
| 1.  | <b>Wzmocnienie/usprawnienie przepływu jasnych i spójnych komunikatów pomiędzy opiekunami nieformalnymi, a pracownikami danej instytucji z obszaru seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez organizowanie regularnych i systematycznych zebrań informacyjnych</b> | Niezwłocznie            |
| 2.  | <b>Zapewnienie szkoleń z zakres seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie dla kadry</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 3.  | <b>Współpraca opiekunów formalnych i nieformalnych w celu wypracowania wspólnego podejścia do przejawianych zachowań seksualnych u osób niepełnosprawnych intelektualnie/podopiecznych</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 4.  | <b>Udostępnienie listy specjalistów z zakresu seksuologii/psychiatrii, ginekologii/urologii, którzy mogą udzielić dodatkowych informacji na temat zachowań seksualnych podejmowanych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną</b>   | Niezwłocznie            |
| 5.  | <b>Wzmocnienie świadomości konieczności odbywania regularnych wizyt ginekologicznych i urologicznych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie</b>   | Niezwłoczenie           |



| <b>Rekomendacje dla personelu medycznego</b> |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 1.   | <b>Korzystanie z oferty szkoleniowej oferowanej przez instytucje zewnętrzne z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie (dostrzeżenie w niej możliwości dla podniesienia własnych kompetencji zawodowych)</b> | Niezwłocznie            |
| 2.   | <b>Wypracowywanie zasad współpracy na rzecz osoby niepełnosprawnej intelektualnie między personelem danej instytucji, rodziną ( w formie kontraktu, notatki służbowej z ustaleń)</b>   | Niezwłocznie            |
| 3.   | <b>Korzystanie z możliwości superwizji</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 4.   | <b>Wypracowanie listy podmiotów medycznych, które specjalizują się w świadczeniu usług medycznych (ginekologicznych/urologicznych) dla osób niepełnosprawnych intelektualnie</b>   | Rozwiązania długofalowe |
| 5.   | <b>Odświeżanie i uzupełnianie wiedzy w przedmiocie seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie</b>  | Niezwłocznie            |

## Rozdział VII. Podsumowanie

Opracowanie oraz przetestowanie modelu „OII! – O Intymności Intelektualnych Innowacyjnie” pozwoliło przygotować i zweryfikować w praktyce, podstawowe procedury postępowania i radzenia sobie z seksualnością i intymnością osób z niepełnosprawnością intelektualną. Procedury wspierające osoby zależne i podnoszące jakość usług opiekuńczych na ich rzecz zostały faktycznie opracowane dla wykorzystania przez osoby świadczące usługi na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną, tj. służby medyczne, opiekunów formalnych i nieformalnych.

Zrealizowana innowacja ukazała rozmiar i różnorodność trudności, z którymi na co dzień spotykają się opiekunowie wszystkich trzech grup, w zakresie udzielania wsparcia osobom zależnym, w obszarze intymności i seksualności grupy docelowej, a także wskazała potrzeby opiekunów i obszary wyzwań do dalszej pracy w tym zakresie.

Z perspektywy osób realizujących innowację w podsumowaniu wskazać należy, że żaden z uczestników, do dnia przystąpienia do projektu nigdy nie miało do czynienia z seksuologiem, a ponad połowa nie słyszała o takiej specjalizacji psychologicznej. Przeprowadzone superwizje, oraz wzrost zainteresowania udziałem w spotkaniach superwizyjnych wskazały, że zarówno u opiekunów formalnych, nieformalnych jak również służb medycznych występuje duży deficyt w zakresie wsparcia w świadczeniu pomocy i pracy na rzecz osób zależnych z niepełnosprawnością intelektualną w obszarze ich seksualności.

Przetestowanie procedur w skali mikro stanowi dopiero punkt wyjścia dla koniecznych gruntownych i systemowych rozwiązań, które trwale zmieniłyby i podniosły jakość życia i świadczenia usług opiekuńczych dla grupy docelowej.



## Rozdział VIII. Załączniki

- Załącznik nr 1 : **Wystandardyzowany druk harmonogramu współpracy ze specjalistami**
- Załącznik nr 2: **Wystandardyzowany wzór raportu z pracy ekspertów**
- Załącznik nr 3: **Dokumentacja zdjęciowa**



**Załącznik nr 1**  
do Końcowej wersji modelu  
„Oii! – O Intymności Intelktualnych Innowacyjnie”

**HARMONOGRAM WSPÓŁPRACY ZE SPECJALISTAMI**

| Lp. | Nazwa zadania | Planowany okres realizacji: |
|-----|---------------|-----------------------------|
| 1.  |               |                             |
| 2.  |               |                             |
| 3.  |               |                             |
| 4.  |               |                             |

**Wykaz ekspertów biorących udział w spotkaniach:**

| Lp. | Reprezentowana dziedzina ekspercka | Imię i Nazwisko Eksperta | Data Spotkania | Podpis Eksperta |
|-----|------------------------------------|--------------------------|----------------|-----------------|
| 1.  |                                    |                          |                |                 |
| 2.  |                                    |                          |                |                 |
| 3.  |                                    |                          |                |                 |



**Załącznik nr 2**  
do Końcowej wersji modelu „Oii! – O Intymności Intelktualnych Innowacyjnie”

**Raport z pracy Ekspertów – wnioski i rekomendacje w zakresie indywidualnych potrzeb wdrożeniowych Innowacji:**

**„Oii! – O intymności intelektualnych innowacyjnie – innowacyjny program wspierania bezpiecznej intymności osób niepełnosprawnych intelektualnie”**

| Lp. | Podjęte działania | Planowany okres realizacji: |
|-----|-------------------|-----------------------------|
| 1.  |                   |                             |
| 2.  |                   |                             |
| 3.  |                   |                             |

**Wnioski i rekomendacje dla planowanych działań:**

| Lp. | Nazwa działania podjętego | Wnioski z działania podjętego | Rekomendacje dla działania planowanego |
|-----|---------------------------|-------------------------------|--|
| 4.  |                           |                               |  |
| 5.  |                           |                               |  |
| 6.  |                           |                               |  |



**Załącznik nr 3**  
do Końcowej wersji modelu „Oii! – O Intymności Intelktualnych Innowacyjnie”





