



International Scientific-Practical Conference
Focus on Autism in Inclusive Education

8th-26th June 2020
online

Wybrane zagadnienia rozwoju i funkcjonowania
seksualnego osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu
(ASD)

dr hab. Monika Parchomiuk, prof. UMCS

UMCS Lublin



Rozumienie seksualności

Seksualność człowieka, zarówno na gruncie nauki, jak i praktyki, jest rozumiana **w sposób wąski**, obejmuje tutaj sferę reakcji i doznań natury fizycznej czy, rzadziej, psychicznej (w tym ostatnim przypadku używa się terminu **erotyzm**) (m.in. Obuchowska, Jaczewski, 2002; Bancroft, 2011).

Bywa też postrzegana jako **zjawisko wielowymiarowe**, które zawiera doświadczenia fizyczne i psychospołeczne oraz ich podstawy anatomiczno-fizjologiczne, osobowościowe i społeczne (np. **definicja Światowej Organizacji Zdrowia**, za: Loeber i in., 2010). Tak rozumiana seksualność kształtuje się w wyniku interakcji czynników biologicznych (fizjologicznych i anatomicznych) oraz psychospołecznych, jak między innymi cechy osobowości i doświadczenia, uwarunkowania społeczno-kulturowe.

Nie sposób omówić tak złożonego zjawiska w toku jednego tematu. Jego analiza wymaga również szerokich kompetencji, w tym z zakresu medycyny, psychologii, socjologii czy pedagogiki. Materiał tutaj zaprezentowany ograniczać się będzie do **wybranych aspektów seksualności**, tych, których podstawy powstają w **okresie dzieciństwa oraz młodości** i w największym stopniu mogą podlegać wpływom intencjonalnych i nieintencjonalnych działań ze strony środowiska, w tym rodziny i placówek edukacyjnych.



Rozważając zagadnienie zawarte w temacie warto zwrócić uwagę na następujące kwestie:

1. **Spektrum kryterialnych dla ASD objawów**, zaznaczających się w określonym stopniu, różnicuje możliwości osiągania istotnych kompetencji w zakresie sfery seksualnej.
3. Osoby z ASD mają **dodatkowe zaburzenia i niepełnosprawności**, które w sposób znaczący wpływają na osiąganie przewidywanych dla wieku sprawności, umiejętności i cech. Do takowych należy m.in. niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia psychiatryczne, ADHD, depresja i lęk.
4. Osoby z ASD rozwijają się w **środowiskach rodzinnych** czy rzadziej **instytucjonalnych**, stwarzających różnorodne warunki dla wzmocnienia potencjału oraz zmniejszania skutków ograniczeń w poszczególnych sferach funkcjonowania.

W zakresie środowiskowych uwarunkowań istotne mogą być **postawy osób znaczących** zarówno wobec samej niepełnosprawności, jak i seksualności.

Należy zauważyć, że postawy kształtują się w **kontekście społeczno-kulturowym** obejmującym między innymi przekonania, wartości, wierzenia, ponadto w **kontekście osobistych doświadczeń jednostki**.



Zadania wieku dziecięcego (0-11/12 rok życia) w zakresie rozwoju seksualności oraz czynniki istotne dla ich realizacji

Kształtowanie podstaw potrzeby emocjonalnej, zdolności nawiązywania więzi oraz stylu przywiązania; budowanie podstaw dla integracji emocjonalno-seksualnej istotnej dla realizacji potrzeby seksualnej oraz osiągnięcia w przyszłości seksualnej dojrzałości

Pozytywne relacje z matką, potem innymi osobami bliskimi, będące źródłem realizacji potrzeby afirmacji, bezpieczeństwa, bliskości, miłości, więzi i przynależności oraz pozytywnych doznań fizycznych.

Rozwijanie tożsamości płciowej

Doświadczenia służące poznaniu własnego ciała oraz jego afirmacji: wskazywanie i nazywanie części ciała w trakcie zabiegów higienicznych wykonywanych przez osoby bliskie (zwłaszcza matkę), zabaw z osobami znaczącymi obojga płci oraz z rówieśnikami (zabawy seksualne tematyczne); podejmowanie masturbacji rozwojowej, której towarzyszy rozsądna postawa rodziców (bez straszenia i karania); udzielanie informacji na dziecięce pytania, adekwatnie do możliwości poznawczych i emocjonalnych dziecka; możliwość towarzyszenia/ współdziałania dziecka w czynnościach domowych matek i ojców; podkreślanie atrybutów płci dziecka poprzez ubiór, uczesanie; oferowanie różnorodnych zabaw i zabawek pozwalających rozwijać zainteresowania dziecka oraz jego wiedzę na temat płci.

Kształtowanie orientacji seksualnej

Pozytywne relacje z rodzicami, służące realizacji potrzeb psychicznych dziecka; pozytywne relacje między małżonkami, zapewniające zrównoważony udział obojga rodziców w jego wychowaniu.



Zadania wieku dziecięcego (0-11/12 rok życia) w zakresie rozwoju seksualności oraz czynniki istotne dla ich realizacji c.d.

Rozwijanie naturalnego poczucia wstydu (intymności) i potrzeby prywatności jako elementu ustosunkowania do własnego ciała oraz podstawy dla socjalizacji zachowań seksualnych

Realizacja czynności higienicznych (trening czystości) z zachowaniem prywatności dziecka, spójny przekaz opiekunów (rodziców) o podejmowaniu pewnych czynności (rozbieranie się) z zachowaniem prywatności; rozsądne reakcje rodziców na nagość dziecka (dziecięcy ekshibicjonizm); uświadamianie dziecku potrzeby ochrony swojego ciała.

Kształtowanie zachowań społecznych

Aktywność dziecka (codzienne interakcje, zabawy, zadania) w zróżnicowanych środowiskach, ze szczególną rolą środowiska rówieśników obojga płci.

Rozwijanie podstaw świadomości norm regulujących ludzkie zachowania (seksualne)

Rozumne i adekwatne do wieku reakcje i zachowania rodziców wobec przejawów dziecięcej seksualności (dziecięcy ekshibicjonizm, masturbacji rozwojowej, zabaw, rysunków, pytań): akceptujące, spójne i konsekwentne.

Początki kształtowania znaczenia seksualnego

Pozytywne nastawienie rodziców do własnej seksualności; rozumne i adekwatne reakcje i zachowania rodziców wobec przejawów dziecięcej seksualności: akceptujące, spójne i konsekwentne.

Zadania wieku dorastania (12/13 – 18 rok życia) w zakresie rozwoju seksualności oraz czynniki istotne dla ich realizacji

Zmiany biologiczne i psychiczne związane z dojrzewaniem

Przygotowanie do okresu dojrzewania; rozwijanie kompetencji ważnych dla radzenia sobie z jego przejawami.

Pojawienie się potrzeby seksualnej oraz jej konkretyzacja, mentalizacja i socjalizacja

Wsparcie osób znaczących w rozumieniu przejawów własnej seksualności (emocjonalne i informacyjne); możliwość nawiązywania relacji społecznych; możliwość podejmowania akceptowanych zachowań seksualnych (petting, necking).

Umacnianie tożsamości płciowej oraz seksualnej

Wsparcie osób znaczących w zrozumieniu przejawów własnej seksualności (emocjonalne i informacyjne); możliwość nawiązywania relacji społecznych z rówieśnikami; możliwość podejmowania akceptowanych zachowań seksualnych.

Stabilizacja emocjonalna, wzmacnianie integracji emocjonalno-seksualnej; włączenie seksualnego ja (self) w obraz siebie

Pozytywne relacje z osobami bliskimi, w tym emocjonalna bliskość, ale z możliwością zachowania osobistej autonomii, respektowanie potrzeb emocjonalnych dziecka, rozwijanie uczuć wyższych i wytwarzanie hamulców dla uczuć niższych, rozbudzanie empatii; świadomość dostępności wsparcia; możliwość nawiązywania partnerskich relacji intymnych.



Zadania wieku dorastania (12/13 – 18 rok życia) w zakresie rozwoju seksualności oraz czynniki istotne dla ich realizacji c.d.

Podjęmowanie zachowań seksualnych służących realizacji potrzeby seksualnej: partnerskich i pozapartnerskich

Możliwość wchodzenia w akceptowane relacje partnerskie.

Poszerzanie wiedzy na temat seksualności

Edukacja seksualna w rodzinie oraz w szkole; aktywność własna ukierunkowana na zdobywanie wiedzy; wymiana doświadczeń z rówieśnikami.

Przyswajanie ról związanych z płcią, przygotowanie do życia rodzinnego

Uczenie się w środowisku rodzinnym: naśladowanie zachowań, modelowanie (uczenie się przez identyfikację z osobami znaczącymi, przede wszystkim rodzicami), przyswajanie wiedzy, norm i wartości; wymiana doświadczeń z rówieśnikami; relacje partnerskie; edukacja szkolna.



Czynniki ryzyka dla pomyślnej realizacji zadań w rozwoju seksualnym osób z ASD

Czynniki środowiskowe:	<p>Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychospołecznych dziecka; niepodejmowanie działań optymalizujących przejawy seksualności, jak trening czystości, przygotowanie do zmian rozwojowych, wprowadzanie w role społeczne, edukacja seksualna; nieposzukiwanie możliwych przyczyn nieprawidłowych zachowań (jak uporczywa masturbacja); tłumienie i represjonowanie seksualności dziecka w sposób werbalny oraz pozawerbalny; podejmowanie przesadnych działań kompensacyjnych w sferze seksualnej, postrzeganej jako jedyna niezburzona, co może prowadzić do promiskuityzmu i braku rozeznania w normach.</p> <p>Przyczyny: nieprawidłowe postawy rodzicielskie wobec dziecka (odrzućenie, nadopiekuńczość), wobec jego seksualności i potrzeb rozwojowych z nią związanych (ignorowanie, udaremnianie, tolerancja pozbawiona wsparcia, za: Kościelska, 2004); niski poziom rodzicielskich zasobów (wsparcie społeczne, kompetencje); niepomyślne doświadczenia rodziców w związku oraz niekorzystne postawy wobec seksualności (np. oparte na stereotypach) (za: Zielona-Jenek, Chodecka, 2010).</p>
Czynniki osobnicze:	<p>Niski poziom kompetencji społecznych, negatywne doświadczenia w relacjach społecznych prowadzące do lęku i depresji, zaburzenia psychotyczne, silna koncentracja na specyficznych zainteresowaniach (zwykle niepodzielanych z rówieśnikami), trudności z rozumieniem i kontrolowaniem własnych emocji i uczuć, problemy sensoryczne.</p>

Uwaga: psychospołeczne doświadczenia dziecka, które w znacznej mierze dostarczane są w środowisku rodzinnym, a potem szkolnym, w zależności od charakteru, mogą mieć **znaczenie kompensujące** w stosunku do ograniczeń rozwojowych bądź **pogłębiające ich negatywne skutki**. Działania wychowawcze rodziców mających dziecko z zaburzeniami rozwojowymi wymagają większej determinacji i wysiłku, większego optymizmu i dłuższego czasu, nierzadko wykraczającego poza okres dorastania.

Tożsamość płciowa u osób z ASD

Co to jest tożsamość płciowa?

To „identyfikacja jednostki z własną płcią, niezależną od płci biologicznej, czyli wewnętrzne, psychiczne poczucie przynależności do określonej płci” (Nowosielski, 2010, s. 93).

Kształtuje się ona w okresie dzieciństwa pod wpływem **doświadczeń psychospołecznych**. Ma również podstawy **biologiczne**.

Na czym polegają jej zaburzenia na poziomie klinicznym?

Ujmuje się je w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opublikowanej w 2013 roku (DSM-5) w kategorii **gender dysphoria (pol. dysforia płciowa)** oznaczającej „afektywne/ poznawcze niezadowolenie z płci przypisanej” i włączającej transseksualizm oraz transgenderyzm (Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5, 2013). Nie obejmuje transwestytyzmu.

Jakie problemy odnotowano u osób z ASD?

- niepełna świadomość własnej płci, brak takiej świadomości (zwłaszcza w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną - NI);
- brak akceptacji własnej płci (przypadki gender-dysphoria).

Jakie czynniki wskazywano jako istotne dla zaburzeń tożsamości płciowej?

- ograniczone/ negatywne doświadczenia w relacjach z osobami tej samej i przeciwnej płci
- sztywność myślenia
- deficyt teorii umysłu
- słaba centralna koherencja
- uwarunkowania biologiczne (Gallucci, Hackerman, Schmidt, 2005; Gutstein, 2006; Henault, 2006; 2015; Penwell Barnett, Maticka-Tyndale, 2015; George, Stokes, 2016; Hannah, Stagg, 2016)



Tożsamość płciowa u osób z ASD

Fornalik (2017) pisze o częstym wśród dziewcząt i kobiet z ASD **zjawisku „chłopięcości”**, przejawiającym się w odrzuceniu atrybutów (np. zewnętrznych) kobiecości, jak niektóre części odzieży. U niektórych osób takie zjawisko może mieć głębsze podstawy i ujawniać się w wewnętrznym poczuciu niemożności identyfikowania się z którąś płcią. Nie jest to zjawisko tożsame z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

Uwaga: odrzucanie pewnych części odzieży (np. rajstop czy pończoch) może wynikać z niemożności ich noszenia powodowanej nadwrażliwością.

Zjawisko takie próbuje wyjaśniać teoria **Barona-Cohena**, która zakłada, że osoby z ASD mają **męskie mózgi** (chodzi tutaj o budowę anatomiczną), co jest związane z nadmierną ekspozycją płodu na działanie androgenów. Warto obejrzeć w Internecie liczne wykłady prof. Barona-Cohena, w których referuje swoją teorię oraz badania weryfikujące (np. Autism and the male brain – „Is autism an extreme of the male brain?”).

Zdaniem niektórych badaczy zajmujących się problematyką część kobiet z ASD może mieć wyższy poziom testosteronu (za Fornalik, 2017).



Co to jest orientacja seksualna?

Orientacja seksualna oznacza trwałą skłonność do odczuwania emocjonalnego, uczuciowego i fizycznego pociągu wobec osób określonej płci (Kijak, 2014)

WHO oraz Światowe Towarzystwo Zdrowia Seksualnego wyróżniają trzy **rodzaje orientacji seksualnych**: hetero-, homo- i biseksualną (Lew-Starowicz, 2009).

Każda z nich jest traktowana jako normalny przejaw ludzkiej seksualności (Bancroft, 2011, pisze o wariantach seksualności). Na orientację seksualną składają się nie tylko zachowania, ale również ukierunkowanie zainteresowań i potrzeb seksualnych (Długołęcka, 2006). Orientacja ma podłoże biologiczne i psychospołeczne. Należy pamiętać, że w ocenie seksualnej orientacji badacze najczęściej biorą pod uwagę deklaracje osoby badanej. Rzadziej dostępne są obserwacje obiektywne.

W przypadku osób z ASD czy z ASD oraz NI dane pochodzą też od rodziców/opiekunów, również w przypadku dorosłych.

Jakiego rodzaju problemy zauważa się u osób z ASD w zakresie orientacji seksualnej?

- niepełne rozeznanie w zakresie własnej orientacji seksualnej (trudności z jej określeniem)
- trudności z akceptacją orientacji innej niż heteroseksualna
- częstszy wskaźnik deklarowanej aseksualności, ocenianej na podstawie braku zainteresowań seksualnych (płcią przeciwną), zwłaszcza u kobiet

Jakie są możliwe przyczyny problemów w zakresie seksualnej orientacji?

- brak doświadczeń psychoseksualnych w relacjach partnerskich
- ograniczone wsparcie ze strony osób znaczących
- społeczna stygmatyzacja z powodu przejawów „inności”
- ograniczenia poznawcze (u osób niżej funkcjonujących)
- sztywność myślenia
- podzielenie społecznych stereotypów dotyczących seksualnej orientacji (Gallucci, Hackerman, Schmidt, 2005; Gilmour, Schalomon, Smith; 2012; Dubin, 2014; George, Stokes, 2016)

Wiedza z zakresu seksualności i obraz siebie u osób z ASD

Jakie tendencje stwierdzono w oparciu o badania młodzieży i dorosłych z ASD?

- niedostatek wiedzy społeczno-seksualnej
- subiektywne odczucie niedostatku wiedzy u osób wyżej funkcjonujących
- u niektórych osób wyczerpująca wiedza na określone tematy (np. anatomia), ale brak zrozumienia ogólnych pojęć; ograniczona zdolność zastosowania wiedzy w praktyce
- u kobiet stosunkowo wyższy poziom wiedzy niż u mężczyzn
- istotne różnice, na niekorzyść, w stosunku do poziomu wiedzy rówieśników neurotypowych
- źródła wiedzy: najczęściej media , rzadziej społeczne źródła; brak zorganizowanej edukacji seksualnej
- przy braku możliwości uzyskania wyjaśnień tworzenie własnego, niekiedy wypaczonego (skrajnego) obrazu seksualności (De Clercq, 2006; Henault, 2006; 2015; Brown-Lavoie, Viecili, Weiss, 2014)

Grandin (1995) pisała w jednej ze swoich książek, że w wieku kilkunastu lat nie miała wiedzy o podstawach płciowości, anatomii, fizjologii płci, podczas gdy wiedza jej rówieśników (i znajomość potocznych określeń) była znaczna. Informacje, które słyszała (np. że chłopcy nie karmią dzieci) wzbudzały u niej szczere zdziwienie. Jej brak wiedzy, a przy tym ciekawość poznawcza i prowokacje ze strony rówieśników prowadziły do zachowań trudnych do zaakceptowania przez otoczenie (np. chęć poznania anatomii chłopców, o której słyszała od koleżanki, spowodowała, że domagała się od nich pokazania intymnych części ciała). Ogromna ciekawość osób autystycznych w kwestiach seksualności może być łatwo i pochoinnie oceniona jako coś nienormalnego, ale często wynika z braku poczucia wstydu, niezdolności hamowania tego, co się myśli, spontanicznego wypowiedzania własnego zdania (De Clercq, 2006).



Wiedza z zakresu seksualności i obraz siebie u osób z ASD c.d.

Jakie mogą być przyczyny mniejszych kompetencji w zakresie seksualności u osób z ASD?

Trudności z porządkowaniem informacji i ich rozumieniem; skłonność do rozumienia informacji w sposób dosłowny; ograniczenie doświadczeń w relacjach, zwłaszcza na etapie naturalnej socjalizacji rówieśniczej; ograniczenia szkolnej edukacji seksualnej.

Osoby z wyższymi kompetencjami poznawczymi (w normie intelektualnej, z zachowanymi umiejętnościami werbalnego porozumiewania się) mają większe możliwości swoistego **kompensowania trudności społecznych**, a w pewnym zakresie również **rozwijania kompetencji** (Ratto, Mesibov, 2015). W toku doświadczeń, uczenia się na wielu błędach i obserwowania innych, przyswajają pewne reguły i wzorce postępowania w sytuacjach społecznych, w tym intymnych. Daje to przynajmniej w pewnym stopniu poczucie kontroli nad funkcjonowaniem w społeczeństwie.

Badania dowodzą, że tego typu możliwości w większym stopniu są udziałem dziewcząt z ASD niż chłopców.

Stwierdzono, że w porównaniu z chłopcami, mają one wyższy poziom społecznych kompetencji, komunikacji, zdolności społecznego naśladowania i uwagi; ponadto ujawniają mniej problemów w zachowaniu (Cridland i in., 2014).



Dojrzewanie osób z ASD

Jakie problemy obserwuje się w okresie dojrzewania u osób z ASD?

1. Dojrzewanie emocjonalne i społeczne może być **opóźnione**. U rówieśników obserwuje się w tym okresie zainteresowania związane z relacjami społecznymi i romantycznymi; u osób z ASD wyżej funkcjonujących częściej występuje potrzeba zwyczajnej przyjaźni, mocne zasady moralne, dążenie do wysokich osiągnięć w szkole. Zainteresowania seksualne czy potrzeba związku pojawiają się zwykle później, młodzieńcze cechy utrzymują się do wieku dwudziestu paru lat.
 2. Obserwuje się **tendencje do anoreksji** u obu płci we wczesnym okresie pokwitania. Może się pojawić znaczna wrażliwość na krytykę, szczególnie w odniesieniu do wyglądu, umiejętności społecznych i cech wysoko cenionych przez rówieśników (waga ciała).
 3. Zmiany hormonalne i stres związany z dojrzewaniem mogą prowadzić do okresowego **nasilenia objawów zespołu, deterioracji**, częściej ma to miejsce u dziewcząt.
 4. Z powodu odrzucenia, porównywania się z innymi, doświadczanych trudności społecznych, poczucia wykluczenia, świadomości inności, której nie da się zmienić, u młodzieży z ASD może rozwinąć się **depresja** (częściej u wyżej funkcjonujących). Często pojawiają się również **zaburzenia lękowe**. Konsekwencje psychiczne mogą wynikać z połączenia stresu związanego z ciągłymi nieudanymi próbami dopasowania się do innych, cierpienia związanego z odrzuceniem oraz **biologicznej podatności na zmiany nastroju**. Tę ostatnią odnotowano w rodzinach osób z ASD. Stwierdzono występowanie depresji i zaburzeń lękowych u członków takich rodzin, jeszcze przed narodzinami dziecka z ASD.
- Istnieje ryzyko pojawienia się **negatywizmu, hiperaktywności**, objawów podobnych do **paranoi**. Niekiedy objawy te powodują **podejrzanie schizofrenii**. Są one spowodowane odczuwaną samotnością, odrzuceniem, niemożnością nawiązania kontaktów.
5. W okresie dorastania mogą pojawić się **ataki padaczki** (20-29%).
 6. U nastolatków z ASZD w wyniku niepowodzeń rozwijają się **tendencje obronne w zakresie „ja”, nieadekwatna samoocena, niskie poczucie własnej wartości**, zwiększa się **świadomość własnej inności** (Gillberg, Schauman, 1989; Baron-Cohen, Bolton, 1999; Gallucci, Hackerman, Schmidt, 2005; Howlin, 2006; Dubin, 2014).



Dojrzewanie osób z ASD c.d.

Czego potrzebują nastolatki z ASD w okresie dojrzewania?

Terapii mającej na celu:

1. Zwiększenie świadomości mocnych i słabych stron własnej psychiki, zrozumienie i zaakceptowanie u siebie cech charakterystycznych dla ASD oraz tego, jak wpływają one na życie własne i osób z otoczenia.
2. Wsparcie w radzeniu sobie z nastrojami i lękiem – trening w rozpoznawaniu emocji i trudności emocjonalnych.
3. Zwiększenie kompetencji społecznych (Howlin, 2006)

W niektórych przypadkach leczenia psychiatrycznego.

Warto poczytać książkę L. Jacksona (2005)

To opowieść 13-latka z ASD (z zespołem Aspergera) mówiąca o jego doświadczeniach, w tym diagnozie zespołu, edukacji szkolnej, przemocy, postawach nauczycieli i rówieśników, stereotypowych zachowaniach i pasjach, nawiązywaniu przyjaźni i relacjach rodzinnych.



Zachowania seksualne osób z ASD

Masturbacja u osób z ASD

1. Jako forma realizacji potrzeby seksualnej (jako taka pojawia się od okresu dojrzewania).
2. Jako forma realizacji innych potrzeb, pozaseksualnych:
 - a) masturbacja nerwicowa, podejmowana w celu radzenia sobie z lękiem;
 - b) masturbacja stosowana dla obniżenia napięcia mięśniowego, wynikającego zarówno z poczucia lęku o charakterze nerwicowym, jak i niemożności wyrażenia emocji w sposób powszechnie dostępny;
 - c) masturbacja jako forma autostymulacji w sytuacji deprivacji poznawczej;
 - d) masturbacja prowadząca do wycofania się, stanowiąca formę obrony przed światem zewnętrznym.

Jakie problemy mogą towarzyszyć masturbacji jako formie realizacji potrzeby seksualnej u osób z ASD?

- może być realizowana w sposób kompulsywny
- może być podejmowana w miejscach publicznych (zwłaszcza u osób z NI)
- może prowadzić do samouszkodzeń, jest to prawdopodobne w sytuacji niedowrażliwości sensorycznej, kiedy istnieje potrzeba doznawania silnych doświadczeń, w tym bólowych; osoba może stosować przedmioty w celu zwiększenia siły doznań. Również **nadwrażliwość** w obrębie dłoni może prowadzić do stymulacji za pomocą przedmiotów, np. pocieranie ciałem
- U osób z ASD masturbacja może być **zachowaniem rytualnym**, elementem struktury dnia (przypadek masturbowania się przed wstaniem z łóżka rano) (Hellemans i in., 2007; Henault, 2014; Kellaher, 2015; Chen, Grandjean, Richardson, 2016).

W takich przypadkach zalecany jest **trening masturbacji** (Fornalik, 2017).

Zachowania seksualne osób z ASD c.d.

Masturbacja u osób z ASD

Działania: korygujące i socjalizujące zachowanie oraz zmierzające do zapewnienia jednostce korzystnego środowiska życia, zaspokajające jej psychospołeczne potrzeby i redukujące dzięki temu zakres negatywnych doświadczeń.

Mając na względzie podstawy masturbacji o podłożu pozaseksualnym, można wskazać na następujące działania:

- ograniczanie sytuacji lękotwórczych (w oparciu o wiedzę na temat bodźców wzbudzających lęk);
- ograniczanie nadmiaru bodźców bądź zwiększenie stymulacji (np. muzyka, masaż, pływanie, gra);
- wyrażanie akceptacji;
- organizowanie sytuacji pozwalających zaspokoić potrzeby miłości i bliskości;
- obdarzanie uwagą bezwarunkową, towarzyszenie;
- zapewnienie sensownej aktywności, wzbudzającej zainteresowanie i sprzyjającej osiągnięciu sukcesów i nabywaniu kompetencji;
- dążenie do zrozumienia przekazywanych przez jednostkę komunikatów, dostarczanie jej narzędzi zwiększających możliwości porozumiewania się (np. środków komunikacji pozawerbalnej);
- zastosowanie terapii w przypadku zaburzeń psychotycznych czy traumatycznych przeżyć;
- leczenie infekcji obejmujących narządy płciowe oraz wad, które mogą powodować dyskomfort;
- dbałość o higienę.

Niezbędna jest konsekwencja i jasność przekazu, wyznaczenie reguł. Niekorzystne są wszelkie skrajności w postępowaniu, jak unikanie – represjonowanie, wyśmiewanie.



Zachowania seksualne osób z ASD c.d.

Masturbacja u osób z ASD

Zalecenia wypracowane przez Zespół ds. Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (2016, za I. Fornalik, 2017):

- psychoedukacja pacjentów i opiekunów – socjalizacja zachowania, zrozumienie jego podstaw
- trening behawioralny – wykształcenie zastępczej aktywności seksualnej w przypadku form aspołecznych bądź szkodliwych dla zdrowia
- farmakoterapia – jedynie wtedy, kiedy wcześniejsze kroki nie przyniosły rezultatu.

Jakie leki się stosuje:

- z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny – szczególnie w zachowaniach kompulsywnych
- leki przeciwpsychotyczne w najniższych dawkach
- leki uspokajające, np. benzodiazepiny, doraźnie przez jakiś czas ze względu na skutki uboczne, np. senność
- antyandrogeny – jedynie w sytuacji poważnie zagrażających zachowań, dla młodzieży po okresie dojrzewania i dla dorosłych; z uprzednią oceną poziomu hormonów
- doustne środki antykoncepcyjne – u dziewcząt pow. 16 r.ż. w zachowaniach wskazujących na pobudzenie seksualne.



Przyjaźń, miłość, seks osób z ASD: tendencje i czynniki powiązane

Trudności w nawiązywaniu relacji przyjacielskich, niezdolność do integrowania się w grupie rówieśników, poczucie osamotnienia i obcości

Specyficzne rozumienie przyjaźni (z koncentracją na wspólnych formach aktywności czy względach praktycznych, np. pomoc finansowa), wskazywanie na przyjaciół w sposób życzeniowy lub niezdolność odróżnienia przypadkowych związków od bardziej zaawansowanych

Niewłaściwe ukierunkowanie przyjaźni i relacji intymnych (wobec osób niezainteresowanych takimi relacjami); ujawnianie zachowań o charakterze nękania; podejmowanie zachowań ryzykownych (próby nawiązywania bliższych relacji z osobami nieznanymi)

Rzadko podejmowane intymne związki partnerskie, przy często obecnej potrzebie wchodzenia w relacje intymne; opóźnienie w tworzeniu związków w stosunku do przewidywanej dla wieku tendencji

W dorosłym życiu trudności w związkach partnerskich: postrzegany przez partnera brak emocjonalnego zaangażowania, manifestowania emocji i uczuć; ograniczona komunikacja; brak zrozumienia dla potrzeb partnera, tendencje egocentryczne; skoncentrowanie się na fizycznej stronie związku (aktywne życie seksualne jako kryterium dobrego związku) lub unikanie współżycia seksualnego

Ubogie kompetencje społeczne (trudności w odczytywaniu i rozumieniu społecznych sygnałów, wskazówek i sytuacji, specyfika języka, unikanie kontaktu wzrokowego powodowane zaburzeniami integracji informacji odbieranych różnymi kanałami), negatywne doświadczenia w relacjach prowadzące do lęku i depresji, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia psychotyczne (lęk społeczny), brak podzielenia zainteresowań rówieśników, nadmierna opiekuńczość rodziców, słabo rozwinięta potrzeba społeczna

Nadmierne zaabsorbowanie przedmiotami i rzeczami; znaczna koncentracja na aspektach związanych z własnymi zainteresowaniami pochłaniającymi czas i energię

Trudności w interpretowaniu społecznych sygnałów, odczytywaniu stanów emocjonalno-uczuciowych oraz myśli innych osób; trudności z rozumieniem własnych emocji i uczuć; pragnienie relacji

Ubogie kompetencje społeczne (trudności w odczytywaniu i rozumieniu społecznych sygnałów, specyfika języka), segregacja płciowa w warunkach instytucjonalnych, negatywne doświadczenia w relacjach prowadzące do lęku i depresji, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia psychotyczne (lęk społeczny), brak podzielenia zainteresowań rówieśników

Ubogie kompetencje seksualne i społeczne, problemy z odczytywaniem i rozumieniem stanów emocjonalnych i poznawczych innych osób; trudności z rozumieniem i kontrolowaniem własnych emocji i uczuć, problemy sensoryczne (nadwrażliwość zmysłowa, brak zmysłowej integracji)

Attwood, 2006; Gutstein, 2006; Henault, 2006; 2014; 2015; Aston, 2012; Penwell Barnett, Maticka-Tyndale, 2015



Przyjaźń, miłość, seks osób z ASD, c.d.

Podstawowe źródło trudności - **deficyty w społecznym funkcjonowaniu:**

- trudności w rozpoznawaniu subtelnych uczuciowych wskazówek, w adekwatnym komunikowaniu się, przyjmowaniu perspektywy innych
- brak elementarnych zachowań, ocenianych jako społecznie pożądane dla jakości komunikacji, jak np. patrzenie w oczy rozmówcy
- pozorny brak empatii, ujawniający się w niedostatecznej trosce o inną osobę, trudnościach w rozumieniu emocji i uczuć (zwłaszcza natury kognitywnej, jak zaniepokojenie, przestroch, znudzenie) czy też nadmiernym zaabsorbowaniu przedmiotami jako źródłem zainteresowań, przy jednoczesnym ignorowaniu osób obecnych w otoczeniu.
- niezdolność rozumienia złożonych, nierzadko subtelnych i sprzecznych emocji, uczuć i zachowań w relacjach międzyludzkich → porażki przy próbach nawiązywania bliższych relacji i ich kontynuowania

Trudności w kontaktach intymnych opartych na fizycznej bliskości:

- lęk, poczucie obcości własnego ciała, uniemożliwiające czerpanie z niego przyjemności ← brak sensorycznej integracji czy też zmysłowa nadwrażliwość, powodująca negatywne doznania, w tym ból
- specyficzna postawa wobec seksu, jako mało istotnej części życia, z której można zrezygnować ← (przypuszczalnie) nieudane doświadczenia i brak satysfakcji; niekiedy rezygnacja z relacji intymnych i wybór celibatu jako sposobu na życie
- dla niektórych osób każda forma seksu jest bolesna i trudna do zniesienia, dla innych osiągnięcie seksualnej przyjemności pozwala uwolnić się od negatywnych doznań powodowanych przez nadwrażliwość czy niedowrażliwość zmysłową (dźwięki, faktury).

Co to są parafilie i zaburzenia parafilne?

Zaburzenia parafilne u osób z ASD

Parafilie to „zachowanie seksualne, które większość ludzi odrzuca jako obrzydliwe, nietypowe lub nienormalne; są one czymś innym niż seks genitalny z normalną osobą dorosłą” (Morrison, 2016, s. 622).

Zaburzenia parafilne zgodnie z DSM-5 (2013) „rozpoznaje się wtedy, gdy tego rodzaju zachowania wywołują u osoby cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania” (Morrison, 2016, s. 622).

Wymienia się następujące grupy zaburzeń parafilnych: 1) nietypowe preferencje aktywności: zaburzenia nawiązywania znajomości (zaburzenia voyeurystyczne, ekshibicjonistyczne, froterystyczne) i zaburzenia o typie algolagnii, obejmujące ból i cierpienie (zaburzenia masochistyczne i sadystyczne); 2) nietypowe preferencje celu: zaburzenia pedofilne; fetyszystyczne i transwestyczne.

Jakiego rodzaju zaburzenia parafilne zaobserwowano w badaniach u osób z ASD?

transwestytyzm i fetyszizm, pedofilię, ekshibicjonizm, voyeurizm (Hellemans i in., 2007; Kellaher, 2015; Cabral Fernandes i in., 2016).

Co jest ich podstawą?

U osób z ASD pewne zachowania jak dotykanie, przebieranie się, fascynacja specyficznymi przedmiotami (włosami lalek) mogą być stymulowane **zaburzeniami sensorycznymi** i innymi, **bez komponentu seksualnego**. Należy jednak zwrócić uwagę, że jeśli zachowania te zostaną skojarzone z przyjemnymi doznaniem seksualnymi, mogą ulec utrwaleniu.

Również masochizm, transwestytyzm, sadyzm czy fetyszizm mogą powstać na podłożu zaburzeń sensorycznych. Wymienione zachowania zawierają sensoryczny komponent. Np. w przypadku masochizmu niektóre osoby z ASD mogą początkowo stosować powodujące ból stymulacje i mocny nacisk w trakcie masturbacji, ze względu na niedowrażliwość. Potem tego typu zachowanie staje się utrwalonym wzorcem związanym z dostarczaniem przyjemności.

Stwierdzono też, że zaburzenia parafilne mogą powstać na podłożu specyficznych zainteresowań, np. przypadek zoofilii, która rozwinęła się na podłożu zainteresowania wilkami w dzieciństwie (Kellaher, 2015).

Uwaga: Niektóre specyficzne zachowania osób z ASD mogą być interpretowane jako dewiacyjne, np. potrzeba dotykania stóp, rajstop damskich o różnej fakturze. W istocie stanowią one wyraz specyficznych zainteresowań, przejaw zaburzeń w obszarze doznań sensorycznych czy też innych problemów związanych z zespołem. Skłonność do kolekcjonowania może rozbudzić zainteresowanie materiałami pornograficznymi, które nie ogranicza się wyłącznie do kwestii samego gromadzenia. Problemy z odczytywaniem emocji i stanów umysłowych innych, dystans emocjonalny, brak wystarczających kompetencji poznawczych i społecznych mogą prowadzić do niezdolności selekcjonowania tego typu materiałów i ryzyka korzystania z pornografii dziecięcej (Attwood, 2014; Dubin, 2014).



Przemoc seksualna u osób z ASD

Czynniki ryzyka osobnicze	
trudności z komunikacją	W zależności od stopnia ASD, współwystępującego NI, warunków życia, wsparcia, socjalizacji i edukacji
brak wiedzy na temat seksualności	
trudności w dostrzeganiu i rozpoznawaniu zagrożenia	
brak autorytetu u rówieśników	
trudności w rozróżnianiu zachowań odpowiednich i nieodpowiednich z perspektywy norm obyczajowych i prawnych	
izolacja społeczna	
potrzeba bliskości i uwagi	
uzależnienie od innych, ekonomiczne, fizyczne i psychiczne	
braki w zakresie kompetencji społecznych	
tendencja do uległości i przestrzegania zasad	
sugestywność, obniżony samokrytycyzm i małą zdolność przewidywania skutków działań oraz oceny sytuacji	
brak decyzyjności i kontroli nad życiem	
niska samoocena	
nieświadomość prawa do odmowy pewnych czynności	

Przemoc seksualna u osób z ASD c.d.

Czynniki ryzyka środowiskowe	
przemoc w rodzinie zaburzenia osobowości i uzależnienia rodziców	
w instytucjach niedostatek kompetencji personelu w zakresie radzenia sobie z seksualnością podopiecznych, ograniczona indywidualizacja i możliwość dostatecznie wczesnego wykrywania problemów	
dewaluacja wartości osobowej i godności człowieka z niepełnosprawnością usprawiedliwianie działań przemocowych - sugerowanie niezdolności rozumienia krzywdy, przypisywanie winy osobie niepełnosprawnej oraz postrzeganie jej seksualności w sposób skrajny, tj. jako nadmiernej czy nieistniejącej	Dotyczy osób z ograniczonymi kompetencjami poznawczymi
zwiększenie narażenia na ogólnospołeczne czynniki ryzyka, jak korzystanie z Internetu i innych środków masowego komunikowania seksualizacja życia społecznego	Rola osobniczych czynników ryzyka

Jenkins, Davies, 2011; Brown-Lavoie i in., 2014; Lehan Mackin i in., 2016



Przemoc seksualna u osób z ASD c.d. Osoby z ASD jako sprawcy

Skala zjawiska – nierozpoznana, jedynie dane szacunkowe, studia przypadków; u osób niżej funkcjonujących tendencja w kierunku rzadkiego występowania; u osób wyżej funkcjonujących - wskaźnik porównywalny do populacji ogólnej

Charakter czynów: stwierdza się często **brak premedytacji**, podejmowanie karalnych zachowań parafilnych, jak sadyzm, masochizm, pedofilia, vouyerizm, Jest trudno dokonać diagnozy zachowań parafilnych, mogą się nakładać na specyficzne zainteresowania, obsesje

Jakie cechy mogą predysponować osoby z ASD:

- problemy z rozumieniem intencji innych;
- nieodpowiednia interpretacja społecznych wskazówek;
- ograniczone kompulsywne zainteresowania – np. obejmujące aspekty seksualne;
- trudności w nawiązywaniu społecznych relacji;
- mniejsze możliwości uczenia się norm i wzorców zachowań społecznych w grupach rówieśniczych (np. nawiązywania relacji z płcią przeciwną);
- korzystanie ze źródeł internetowych w poszukiwaniu wiedzy z zakresu seksualności (wzorce zachowań);
- trudności w rozumieniu kontekstu – problemy z zastosowaniem zachowań wyuczonych;
- niewłaściwe rozumienie zgody na relacje intymne;
- tendencja egocentryczna wynikająca z niezdolności rozpoznawania potrzeb innych.

Warto poczytać rozdział autorstwa Dubina (2014), osoby z ASD oskarżonej o pedofilię



Podsumowanie

Objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu są nasilone w różnym stopniu, co będzie decydować również o odmiennych możliwościach i ograniczeniach w sferze psychoseksualnej, w konsekwencji wielu jej osobniczych „wariantach”, podobnie zresztą jak w populacji ogólnej.

Emmen (2002) używa określenia „**autystyczna seksualność**”, dokonując uproszczonej kategoryzacji osób z ASD opartej na tradycyjnej triadzie zaburzeń autystycznych:

- 1) wycofany, z seksualnością ograniczoną do własnego ciała;
- 2) pasywny, ukierunkowany również na inne osoby oraz
- 3) aktywny, ale dziwny, realizujący potrzeby seksualne w specyficznej formie.

Co istotne, **objawy autystyczne nie determinują seksualności**, stanowią ważną, ale nie jedyną grupę czynników warunkujących.

Duże znaczenie mają **doświadczenia socjalizacyjne w rodzinie, szkole, środowisku rówieśniczym**, w tym celowo organizowana **edukacja seksualna**. Istotne są działania ukierunkowane na korygowanie trudności i problemów, ich kompensowanie oraz budowanie kompetencji niezbędnych dla podejmowania różnych zadań i ról związanych ze sferą psychoseksualną (np. trening kompetencji społecznych).

Dla niektórych osób niezbędne mogą być działania specjalistyczne - psychologiczne, psychiatryczne czy seksuologiczne - pozwalające zrozumieć własne pragnienia i potrzeby czy orientację oraz radzić sobie z negatywnymi stanami, emocjami i uczuciami.



Co pedagog wiedzieć powinien: zagadnienia z zakresu seksualności osób z ASD oraz źródła wiedzy na ich temat

Jak przebiega rozwój seksualny człowieka w aspekcie biologicznym oraz psychospołecznym, jakie są jego uwarunkowania	Bancroft (2011); Beisert (1991; 2006); (red.) (2009); Obuchowska, Jaczewski (2002); Lew-Starowicz, Skrzypulec (red.) (2010)
Na czym polega specyfika rozwoju seksualnego osób z ASD; jakie jest znaczenie zaburzeń charakterystycznych dla tych niepełnosprawności; jakie są wczesne doświadczenia psychospołeczne tych osób ważne dla rozwijania podstaw ich seksualności (m.in. postawy rodziców)	Atwood (2006); Atwood, Henault, Dubin (red.) (2014); De Clercq (2006); Frith (red.) (2005); Henault (2006; 2014; 2015); Szatmari (2004); Willey (red.) (2006)
Jakie są przyczyny możliwych zaburzeń w rozwoju seksualnym u osób z ASD. Jak je diagnozować, jakie podjąć rozwiązania. Jakimi normami się kierować	Atwood, Henault, Dubin (red.) (2014); Fornalik (2017); Henault (2015)
Jakie treści edukacyjne podejmować w ramach własnych kompetencji zawodowych, aby wspierać seksualność osób z niepełnosprawnością	De Clercq (2006); Fornalik (2017); Henault (2015)
Jakie działania podejmować w ramach współpracy z rodzicami, tak, aby środowisko rodzinne było optymalne w tym zakresie	Sokoluk (2003), Fornalik (2017)
Jakie działania realizować w ramach placówki, z kim podejmować współpracę, o jakim charakterze i w jakim celu	Sokoluk (2003), Fornalik (2017); Henault (2015);

Współpraca pedagoga i innych specjalistów z rodzicami - zadania

1. Pomoc rodzicom w **zwiększeniu kompetencji dotyczących seksualności**, w zakresie niezbędnym do tworzenia dziecku sprzyjających doświadczeń (np. rozwijania obrazu ciała, świadomości płci w toku codziennych relacji), podejmowania edukacji w sposób odpowiadający potrzebom dziecka, właściwego reagowania na przejawy dziecięcej seksualności oraz zdolności ich oceniania z perspektywy normy rozwojowej.
2. Stałe **wsparcie rodziców**, zwłaszcza w okresach kluczowych dla rozwoju seksualnego dziecka, jak dojrzewanie oraz osiągnięcie dorosłości. Możliwość skorzystania z takiego wsparcia wydaje się ważna w sytuacji trudności rozwojowych, jak np. uporczywej masturbacji, specyficznych zainteresowań, nadmiernego pobudzenia seksualnego, ale również podejmowania bardziej specyficznych działań przygotowujących do radzenia sobie dzieci z przejawami własnej seksualności (np. miesiączką czy nocnymi polucjami). Tego rodzaju wsparcie będzie realizowane przez seksuologów, edukatorów seksualnych, psychologów czy lekarzy specjalistów (ginekolog), a nad jego organizacją i dostępnością może sprawować kontrolę placówka edukacyjna czy rehabilitacyjna, do której dziecko uczęszcza. Korzystanie z pomocy tak zorganizowanej (nieprzypadkowej) będzie sprzyjać większemu zaufaniu rodziców. Wymienieni specjaliści, którzy są koordynowani przez szkołę muszą posiadać wiedzę specjalistyczną z zakresu niepełnosprawności rozwojowej.
3. Zorganizowanie **stałej współpracy rodziców z instytucjami edukacji i rehabilitacji**, w celu ujednoczenia działań związanych z edukacją seksualną oraz procedur postępowania w sytuacjach problemowych. Kluczowe znaczenie ma pedagog szkolny, psycholog oraz edukator seksualny. Rodzice muszą mieć świadomość, że rozwój seksualny każdego dziecka, również niepełnosprawnego, jest elementem całości funkcjonowania, w konsekwencji jego wspomaganie wymaga kompleksowego podejścia, ale również długoterminowego, niekiedy całościowego.



Bibliografia

- Aston M. (2012). Asperger syndrome in the bedroom. *Sexual and Relationship Therapy*, 27 (1), 73-79.
- Attwood T. (2006). *Zespół Aspergera*. Poznań.
- Attwood T. (2014). Z perspektywy eksperta. (w:) T. Atwood, I. Henault, N. Dubin (red.), *Seksualność osób z autyzmem w kontekście prawnym*. Gdańsk, 147-164.
- Atwood T., Henault I., Dubin N. (red.) (2014). *Seksualność osób z autyzmem w kontekście prawnym*. Gdańsk.
- Bancroft J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław.
- Baron-Cohen S., Bolton P. (1999). *Autyzm: fakty*. Kraków.
- Beisert M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa 2009.
- Beisert M. (2006). Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone*, 16, 1-15.
- Beisert M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Poznań.
- Brown-Lavoie M., Viecili M. A., Weiss J. A. (2014). Sexual knowledge and victimisation in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (9), 2185–2196.
- Cabral Fernandes L., Gillberg C. I., Cederlund M., Hagberg B., Gillberg C., Billstedt E. (2016). Aspects of sexuality in adolescents and adults diagnosed with autism spectrum disorders in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3155–3165.
- Chen F., Grandjean C., Richardson S. (2016). Pharmacological management of inappropriate sexual behaviors in youth with autism spectrum disorder: A case study and review of the literature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 163–167.
- Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys' world: Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (6), 1261–1274.
- De Clercq H. (2006). *Autyzm od wewnątrz – przewodnik*. Warszawa.
- Długołęcka A. (2006). Orientacja seksualna. (w:) Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.), *Edukacja seksualna*. Warszawa, 93-111.
- Dubin N. (2014). Moja historia. (w:) T. Atwood, I. Henault, N. Dubin (red.), *Seksualność osób z autyzmem w kontekście prawnym*. Gdańsk.
- Emmen R. (2002). Seksualność osób z autyzmem. (w:) *Życie z autyzmem. Wybrane zagadnienia dotyczące problematyki osób dorosłych z autyzmem*. Kraków, 37-38
- Fornalik I. (2017). *Mam autyzm. Mam seksualność i co dalej*. Łódź.
- Gallucci, G., Hackerman, F., & Schmidt, C.W. (2005). Gender identity disorder in an adult male with Asperger's Syndrome. *Sexuality and Disability*, 23 (1), 35-40.
- George R., Stokes M. (2016). Sexual orientation and gender-identity in high-functioning individuals with autism spectrum disorder. XI Autism-Europe International Congress, 2017, 16th September-31st March, <https://autismawarenesscentre.com/autism-transgender-gender-dysphoria/> (dostęp: 3.08.2019)
- Gillberg C., Schaumann H. (1989). Autism: specific adolescence. (w:) C. Gillberg (red.), *Diagnosis and treatment of autism*. New York, 375-382.
- Gilmour L., Schalomon M.P., Smitgh V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 313–318.
- Grandin T. (1995). *Byłam dzieckiem autystycznym*. Warszawa-Wrocław.
- Gutstein S. E. (2006). Czy moje małżeństwo nauczy się tańczyć? Badania nad związkami przyjaźni i koleżeństwa u nastolatków z zespołem Aspergera. (w:) L.H. Willey (red.), *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania. Wzloty, upadki i cała reszta*. Warszawa, 137-148.



Bibliografia c.d.

- Hannah L., Stagg S. D. (2016). Experiences of sex education and sexual awareness in young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3678–3687.
- Hellemans H., Colson K., Verbraeken C., Vermeiren R., Deboutte D. (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (2), 260–269.
- Henault I. (2014). Edukacja seksualna i leczenie, (w:) T. Atwood, I. Henault, N. Dubin (red.), *Seksualność osób z autyzmem w kontekście prawnym*. Gdańsk, 217-246
- Henault I. (2006). Seksualność nastolatków z zespołem Aspergera (w:) *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania: wzloty, upadki i cała reszta*. L. H. Willey (red.), Warszawa, 80-100.
- Henault I. (2015). *Zespół Aspergera a seksualność. Od dojrzewania poprzez dorosłość*, Gdańsk.
- Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5, 2013, <http://www.dsm5.org>. (dostęp: 12.12. 2015)
- Howlin R. (2006). Zespół Aspergera u nastolatków. (w:) L.H. Willey (red.), *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania. Wzloty, upadki i cała reszta*. Warszawa, 21-41.
- Jackson L. (2005). *Świry, dziwadła i Zespół Aspergera*. Warszawa.
- Jenkins, R. & Davies, J. R. (2011). Safeguarding people with learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 14 (1), 32-37.
- Kellaher, D. C. (2015). Sexual behavior and autism spectrum disorders: an update and discussion. *Current Psychiatry Reports*, 17 (25), 17-25.
- Kijak R. (2014). *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*. Warszawa.
- Kościelska M. (2004). *Niechciana seksualność*. Warszawa.
- Lehan Mackin, M., Loew, N., Gonzalez, A., Tykol, H., & Christensen, T. (2016). Parent perceptions of sexual education needs for their children with autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 608–618.
- Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.) (2010). *Podstawy seksuologii*. Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (2009). Wyzwania seksuologii. (w:) Z. Lew-Starowicz (red.), *Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym*. Warszawa, 9-16.
- Loeber O., Reuter S, Apter D., van der Doef S., Lazdane G., Pinter B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe – definitions, difference and developments. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15 (3), 169-176.
- Morrison J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków.
- Nowosielski K. (2010). Identyfikacja i rola płciowa. (w:) Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*. Warszawa, 91-100.
- Obuchowska I., Jaczewski A. (2002). *Rozwój erotyczny*. Warszawa.
- Penwell Barnett J., Maticka-Tyndale E. (2015). Qualitative exploration of sexual experiences among adults on the autism spectrum: implications for sexuality education. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 47 (4), 171-179.
- Ratto A. B., Mesibov G. B. (2015). Autism spectrum disorders in adolescence and adulthood: Long-term outcomes and relevant issues for treatment and research. *Science China Life Sciences*, 58 (10), 1010–1015.
- Sokoluk W. (2003). *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*. Warszawa.
- Szatmari P. (2004). *Uwięziony umysł. Opowieść o ludziach z autyzmem*. Kraków.
- Willey L. H. (red.) (2006). *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania: wzloty, upadki i cała reszta*. Warszawa.
- Zielona-Jenek M., Chodecka A. (2010). *Jestem dziewczynką. Jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*. Sopot.