

Seksualność dzieci i młodzieży niepełnosprawnej mentalnie.

Tamara Czerwińska – Szulc: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku

Seks nadal dla wielu stanowi tabu, wzbudza mnóstwo emocji, bywa kartą przetargową, tematem dyżurnym, który zastępuje istniejące i trudne do rozwiązania problemy. Wcale nie dlatego, że sam jest sprawą łatwą. Dlaczego tak jest? Odpowiedź na to pytanie nie jest taka prosta. Oczywiście główna przyczyna tkwi w niewiedzy i wąskim widzeniu seksualności człowieka. Seks to płęć, nic odkrywczego. Jednoznaczne, oczywiste, to samo znaczenie w każdym języku. A jednak.... Najczęściej na seksualność człowieka czyli jego płciowość wielu z nas jest skłonna patrzeć przez pryzmat anatomii i zachowań seksualnych. Czyli tego najintymniejszego fragmentu naszej płciowości. I naturalne jest to, że bronimy do niego dostępu, chroniąc naszą intymność, stawiając granice, dając przyzwolenie na ich przekraczanie osobom szczególnym w naszym życiu. Ale seksualność człowieka to całe spektrum uczuć, emocji, relacji, postaw oraz ról i zawężanie jej do niewielkiego fragmentu form aktywności seksualnych jest tyle niewłaściwe co niebezpieczne. Płciowość towarzyszy człowiekowi od poczęcia do śmierci bez względu na jego sprawność fizyczną czy intelektualną. W trakcie życia ulega przemianom związanym z rozwojem. Na każdym etapie manifestuje się w inny, szczególny sposób, w każdej fazie wymaga wsparcia i edukacji po to, by była rozumiana, nie zaskakiwała, a już z pewnością nie niepokoila..

Jeszcze do niedawna temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w pedagogice specjalnej określano „paradygmatem przemilczenia”. Niewielu nauczycieli i specjalistów podejmowało kwestie dojrzewania płciowego, partnerstwa, życia seksualnego i rodzicielstwa osób niepełnosprawnych mentalnie. I mimo, że problemy te były widoczne w codziennym życiu, to jednak brak śmiałości, wiedzy i kompetencji sprawiał, że wybrano zmnowę milczenia.

Obecnie zaobserwować można pewne zmiany w kwestii podejścia do tematyki seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Istotne jest to, że rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych zgłaszają coraz częściej zapotrzebowanie na szkolenia poświęcone temu zagadnieniu.

W rozmowach z opiekunami i rodzicami pojawia się wiele pytań dotyczących problematyki dojrzewania płciowego, zachowań seksualnych, związków partnerskich osób

niepełnosprawnych intelektualnie. Problemy, z jakimi najczęściej zwracają się rodzice i opiekunowie dzieci niepełnosprawnych intelektualnie (w zakresie ich seksualności) to: masturbacja, brak dystansu w bezpośrednich kontaktach, stałe napięcie seksualne, kontakty seksualne – ciąża, prokreacja, antykoncepcja, choroby przenoszone drogą kontaktów płciowych, promiskuityzm, rozmowy i pytania uświadamiające, przemoc i wykorzystanie seksualne, używanie wulgarnego słownictwa, problemy dojrzewania i higieny, pielęgnacja ciała – pomoc rodzica i nauka samoobsługi, ekshibicjonizm. Zastanawiamy się: czy niepełnosprawne mentalnie dziecko dojrzewa płciowo tak samo jak jego pełnosprawni rówieśnicy? Czy to dorastające dziecko ma potrzeby seksualne i czy jego popęd jest inny niż u osób sprawnych? Dlaczego się masturbuje, jak reagować na taką formę aktywności seksualnej?

Podstawową potrzebą każdego człowieka jest pragnienie bycia w łączności z innymi ludźmi . Siebie w relacji z drugą osobą odczuwamy poprzez świadomość ciała. Im pełniejsza jest nasza świadomość ciała, tym bardziej jesteśmy zdolni do nawiązywania głębokiej łączności z ludźmi. Dlatego w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo dwie sprawy są nierozdzielnie związane: świadomość ciała i wzajemna łączność. Każdy człowiek, który ma świadomość swojego ciała, wyróżnia jego części i wie jak one funkcjonują, jest również świadomy swoich podstawowych potrzeb biologicznych, w tym potrzeby seksualnej. Świadomości takiej mogą jedynie nie posiadać osoby głęboko upośledzone umysłowo z poważnymi uszkodzeniami mózgu, nie wyróżniające siebie od otoczenia i funkcjonujące na poziomie elementarnych odruchów bezwarunkowych (osób tych jest niewiele, bo mniej niż 1% w całej populacji niepełnosprawnych intelektualnie). Pozostałe osoby niepełnosprawne intelektualnie, niezależnie od stopnia ich upośledzenia, z pewnością odczuwają takie potrzeby. Mają hormony i mają związane z tym potrzeby i problemy.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie zauważają pojawiające się w okresie dorastania zmiany fizyczne swojego ciała, odczuwają popęd seksualny, a około 70% z nich podejmuje różne formy aktywności seksualnej. Nieumiejętność zwerbalizowania swoich potrzeb nie powinna być zatem utożsamiana z ich nieposiadaniem, czy z nieświadomością swojego seksualizmu. Dorastające osoby niepełnosprawne intelektualnie mają takie same potrzeby i problemy jak inne nastolatki, tylko sobie z nimi nie radzą.

Dojrzewanie to emocjonalna huśtawka, dlatego ważne jest, żeby dziecko wiedziało jak wygląda jego kalendarz, jakie są reguły planowania dnia, jakie zasady i gdzie obowiązują. U niektórych dorastających zaczynają pojawiać się niestosowne zachowania seksualne. Tak

samo jak można nauczyć dziecko niepełnosprawne jedzenia i mycia się, można nauczyć je stosownych zachowań seksualnych.

Sprawą oczywistą jest konieczność uświadamiania seksualnego. Dotyczy to między innymi informacji o budowie ciała i jego funkcjach, o wzorcach ról społecznych kobiety i mężczyzny, o ekspresji potrzeb seksualnych, płodności i rodzicielstwie.

Jeśli rozpoczniemy uświadomienie seksualne i kształtowanie właściwych zachowań już w dzieciństwie unikniemy wielu problemów pojawiających się w okresie dorastania, które wynikają z deficytów tożsamości płciowej i obniżonej kontroli potrzeb seksualnych.

Właściwa, bo przeprowadzona w sposób dostosowany do poziomu rozumienia dziecka i wielokrotnie powtarzana edukacja seksualna stanowi również element profilaktyczny, zabezpieczający przed niepożądaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową i przed przemocą seksualną.

Oczywiste, że rozwój psychoseksualny dziecka zaczyna się już w łonie matki. Do okresu przedszkolnego dziecko już dobrze wie, czy jest chłopcem, czy dziewczynką, czym się różni od siebie, zarówno anatomicznie, jak i w zakresie ról życiowych, jakie pełni. Dziecko w tym okresie uczy się przede wszystkim przez obserwację, czyli najważniejszy jest model rodziny, w jakiej wzrasta. W okresie tzw. treningu czystości nabiera jakiegoś stosunku do swojego ciała, szczególnie narządów płciowych (to od postawy rodziców zależy, czy będzie to postawa naturalnej akceptacji, czy wstydu, obrzydzenia, albo silnego zainteresowania). W dodatku w okresie 3-4 roku życia dziecko w naturalny sposób zaczyna się interesować różnicami płciowymi pomiędzy rówieśnikami i u rodziców. Wiek przedszkolny to wiek „seksualnych zabaw dziecięcych” skrzętnie skrywanych przed dorosłymi, ponieważ dzieci niestety zbyt często są zawstydzane i karane za zachowania świadczące o takim zainteresowaniu. A przecież to zainteresowanie wynika to z faktu rozwojowego- dzieci chcą zaspokoić potrzebę poznawczą, a dorośli są skłonni interpretować to ze swojej perspektywy, czyli zaspokojenie potrzeb seksualnych.

Dzieci zdrowe wymieniają między sobą doświadczenia i obserwacje, dzieci niepełnosprawne mają mnóstwo ograniczeń w tym zakresie, ponieważ są w tym czasie jeszcze całkowicie zależne od swoich rodziców! W przypadku niepełnosprawności intelektualnej ten etap może się znacznie wydłużać.

Okres przedszkolny i wczesnoszkolny to czas uczenia się ról płciowych- dziewczynki i chłopcy kształtują wyobrażenia na temat męskości i kobiecości, uważnie obserwują innych.,

W przypadku dzieci niepełnosprawnych kolejne ograniczenia rozwoju psychoseksualnego dotyczą izolacji od rówieśników, braku możliwości obserwacji oraz zrozumienia konsekwencji posiadania płci (rozwój pełnej i pozytywnej tożsamości płciowej). Nadal głównym źródłem postaw są rodzice.

W końcu przychodzi czas dojrzewania. Wtedy młoda dziewczyna/chłopak stara się wypracować jakąś pozycję w grupie, porównuje się z rówieśnikami i buduje swoją samoocenę. To wtedy powstają najgorsze kompleksy i poczucie bycia gorszym, zwłaszcza w kwestiach kobiecości/męskości. **Młodzież niepełnosprawna jest niestety na straconej pozycji w tym czasie. Pierwsze lata okresu dojrzewania są okrutne. Skłonność do porównywania się i powierzchowność są typowe dla tej fazy i szczególnie boleśnie dotyczą „innych”. W tym czasie niepełnosprawni są izolowani, zwłaszcza w tych dziedzinach życia, które dotyczą atrakcyjności, seksualności i związków.**

Czas dojrzewania to czas wielkiej porażki dla większości młodzieży niepełnosprawnej. Jeśli młoda osoba nie ma możliwości zdobywania pozycji w grupie poprzez inne osiągnięcia (a młodzież niepełnosprawna intelektualnie, takich możliwości często nie ma), utwierdza się w przekonaniu o braku własnej wartości. Tylko mądra miłość rodziców, połączona z otwartą rozmową o dylematach i cierpieniu oraz takie aranżowanie sytuacji życiowych, które będą wzmacniały dziecko, może pomóc mu przetrwać ten trudny czas.

W okresie dojrzewania w dodatku pojawia się napięcie seksualne, z którym trzeba sobie jakoś poradzić. Młodzież pełnosprawna ma własne sposoby na to: typową dla tej fazy masturbację, czasami pierwsze próby kontaktów seksualnych, ponad to wymienia się informacjami, czyta książki i czasopisma, czasami ma zajęcia ze specjalistami. **Młodzież niepełnosprawna tkwi w izolacji i kompletnej zależności od rodziców, bardzo często nie z winy samych rodziców, ale wad systemowych.**

Z badań wynika, że proces pokwitania młodzieży niepełnosprawnej nie jest ani przyspieszony, ani też istotnie opóźniony w porównaniu z procesem dojrzewania płciowego nastolatków sprawnych, a zmiany zachodzące pojawiają się zwykle w tej samej kolejności.

Pewne różnice - opóźnienia - obserwowane są u młodzieży z niepełnosprawnością o podłożu genetycznym - Zespół Downa. U chłopców z zespołem brak większych różnic w kolejności pojawiania się większości cech płciowych, opóźnienia można zaobserwować w pojawianiu się zarostu na twarzy. U dziewcząt pierwsza miesiączka pojawia się około 1 roku później, opóźniony jest rozwój piersi, większość nastolatek jest zdolna do posiadania dzieci (u 70% występuje owulacja). Warto w tym miejscu wspomnieć, że nie ulega wątpliwości, iż

dorastająca, dojrzewająca dziewczyna powinna skorzystać z wizyty u ginekologa. Ważne jest, aby była do niej odpowiednio przygotowana – rozmowa z kimś zaufanym, dotycząca badania, może to być pierwsza wizyta zapoznawcza, należy się zorientować, czy nie zachodzi potrzeba podania leku uspokajającego. Problemy, na jakie zwracają uwagę ginekolodzy: nawracające infekcje dróg moczowych, infekcje skóry sromu, stany zapalne pochwy, krwawienia (poza miesiączką), bolesne miesiączki.

Gdy mówimy o zmianach okresu dojrzewania warto zastanowić się nad reakcjami młodzieży na owe zmiany, okazuje się bowiem, że wiele dziewcząt i chłopców niepełnosprawnych intelektualnie reaguje negatywnie na zachodzące przemiany - towarzyszy temu uczucie lęku, niepewności, złości, a nawet rozpacz, w skrajnych przypadkach może dojść do regresu w rozwoju. Zasadniczą przyczyną takich reakcji jest brak ich zrozumienia. Nieprzygotowana dziewczyna pojawienie się miesiączki może zinterpretować jako ciężką chorobę, efekt zranienia się, jako coś niedobrego, co z kolei może być przyczyną zachowań agresywnych, autoagresywnych, czy nawet depresji. Większa pobudliwość może pojawić się każdorazowo przed miesiączką, może wystąpić niechęć do używania środków higienicznych. Chłopcy, którzy doświadczą pierwszej ejakulacji (wytrysku nasienia) również mogą zareagować negatywnie, ponieważ mogą mieć skojarzenia, że jest to niekontrolowane oddawanie moczu, a to może wywoływać poczucie wstydu i mniejszej wartości

Dlatego tak istotne jest zadbanie o rzeczową, dostosowaną do możliwości intelektualnych edukację seksualną.

Bezsporny jest fakt istnienia potrzeby seksualnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną, niezależnie od stopnia owej niepełnosprawności. Różne są natomiast poglądy co do siły jej występowania. Mechanizmem powodującym realizację potrzeby seksualnej jest popęd płciowy. Jego siła wpływa także na wybór odpowiedniego zachowania seksualnego człowieka. Siła popędu jest cechą bardzo indywidualną. W specjalistycznej światłej literaturze wyłaniają się jakby trzy podejścia co do seksualności osób upośledzonych umysłowo. Jedni twierdzą, że im głębsze upośledzenie, tym bardziej wzmożony popęd i intensywniejsze przejawy seksualizmu. Inni zaś uważają odwrotnie, że im głębszy deficyt intelektualny, tym niższe potrzeby, a tym samym, obniżony popęd. Według trzeciej koncepcji przyjmuje się, że popęd seksualny u upośledzonych umysłowo jest taki sam jak u normalnie rozwijających się rówieśników. Człowiek, czy to upośledzony umysłowo, czy też dotknięty dysfunkcją ruchową, albo jednym i drugim odczuwa takie same zmiany fizyczne i potrzeby jak inni ludzie, z tą jednakże różnicą, że osoby upośledzone - zwłaszcza większego stopnia - często

nie są zdolne rozumieć swoich zmian rozwojowych. Stąd też, jak twierdzi się, przejawy seksualizmu u osób sprawnych umysłowo są ograniczone hamującym działaniem intelektu, wychowania i obyczajowości, zaś u osób z upośledzeniem obserwuje się ograniczoną możliwość krytycznej oceny swego zachowania seksualnego i słabą siłę tzw. hamulców psychicznych (tzn. niską kontrolę popędu seksualnego).

Praktycy twierdzą, że siła potrzeby seksualnej nie różni się zasadniczo od siły tej potrzeby u osób w normie intelektualnej. Jest ona bowiem ukształtowaną indywidualnie, uzależnioną od splotu wielu uwarunkowań (biologicznych, osobowościowych i społecznych) właściwością konkretnej osoby. Niewątpliwie istnieje związek pomiędzy stopniem niepełnosprawności a formami realizacji potrzeby seksualnej; im jest on głębszy, osoby rzadziej przejawiają dążenie do ekspresji seksualnej w kontakcie z partnerem i zatrzymują się na etapie rozwoju psychoseksualnego określanym „skierowanie na własne ciało”.

Potrzebę więc ujawniają, domaga się ona realizacji, dlatego ważna jest troska o to, aby sposób jej zaspokojenia miał szansę dokonywać się w odpowiedni sposób.

Masturbacja, polegająca na pieszczotach własnych narządów płciowych, jest zachowaniem naturalnym pojawiającym się w okresie dojrzewania. Jest związana z przemianami zachodzącymi tym okresie, zaspokojeniem budzącego się popędu seksualnego, chęcią uzyskania gratyfikacji seksualnej. Dotyczy to również osób niepełnosprawnych intelektualnie. I ma to miejsce najczęściej w sytuacjach intymnych w domu, a także przy innych członkach rodziny oraz w szkole w obecności uczniów i nauczycieli. Formy zachowań autoerotycznych bywają różne i zależą od stopnia niepełnosprawności: im wyższy iloraz inteligencji, tym częściej osoba podejmuje pieszczoty ręką (dotykanie, pocieranie) im głębszy stopień, obserwuje się bardziej prymitywne sposoby uzyskania zaspokojenia potrzeb seksualnych - pocieranie ciałem o meble, podłogę lub zabawki, zauważa się również, że mają one charakter bardziej stereotypowy, stają się czynnością automatyczną, wykonywaną przy innych osobach, niezależnie od pory dnia.

Niezwykłą trudność w zaspokojeniu potrzeb seksualnych mają osoby, biorąc pod uwagę techniczną stronę, które mają dodatkowe sprzężenia - porażenia, niepełnosprawność ruchową. Takie ograniczenia mogą prowadzić niekiedy do zaburzeń w zachowaniu, wybuchów agresji lub też autoagresji.

Na podstawie badań można wyróżnić pewne uwarunkowania masturbacji w grupie osób z niepełnosprawnością mentalną:

Masturbacja jako rozwojowa aktywność okresu adolescencji : to zjawisko jest uznawane jako normalne i rozwojowe, służące poznaniu swojego ciała, jego funkcji i reaktywności.

Masturbacja jako zastępcza forma realizacji potrzeby seksualnej: przy braku możliwości podjęcia współżycia z partnerem, w przypadku młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością mentalną jest to jeden z głównych powodów masturbacji.

Masturbacja jako forma zaspokojenia głodu emocjonalnego : życie w stałym napięciu emocjonalnym zmusza do poszukiwania sposobu zniwelowania go i takim sposobem może okazać się masturbacja - dając chwilowe odprężenie, uspokojenie.

Masturbacja jako forma zaspokojenia „głodu stymulacji” : sposobem na życie w tak zwanych „pustyniach stymulacyjnych” przepełnionych nudą i brakiem aktywności stają się czynności stereotypowe - kiwanie się, zachowania autoagresyjne - ze względu na łatwość dostępu również masturbacja, która nabiera cech automatyzacji zachowań, stereotypowości, mimowolności, wykonywanych bez kontroli.

Masturbacja jako forma sprzeciwu wobec dorosłych : ponieważ jest jedynym zachowaniem, które budzi reakcje otoczenia (chęć zwrócenia na siebie uwagi) dlatego bywa często powtarzana, a reakcja otoczenia może ją wzmacniać.

Masturbacja jako konsekwencja wykorzystania seksualnego w dzieciństwie.

Ustalenie przyczyn masturbacji jest niezwykle ważne, ponieważ wyznacza sposób reagowania na tę aktywność.

Na pytanie : **jak reagować, gdy osoba niepełnosprawna masturbuje się ?** nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Jedynie obserwacja skierowana indywidualnie pomoże określić - w jakich sytuacjach zachowanie ipsacyjne jest najczęściej podejmowane (sytuacje bezczynności, w trakcie kłótni rodziców, gdy dziecko się boi), czy jest ono poprzedzone określonymi reakcjami emocjonalnymi, czy masturbacja jest podejmowana w miejscach intymnych czy w obecności innych osób, czy poprzez zachowania autoerotyczne dziecko uzyskuje gratyfikację seksualną.

Jeżeli ustalimy, że masturbacja pojawia się, gdy dziecko jest bezczynne, nudzi się, mało aktywnie spędza swój czas, to zmiana trybu życia i zaspokojenie „głodu stymulacji” może zmniejszyć intensywność podejmowania masturbacji, jeżeli stwierdzimy, że jest to sposób rozładowania napięcia emocjonalnego, frustracji to musimy zdawać sobie sprawę ze zachowania nie wyeliminujemy dopóki nie rozwiążemy problemów, ważne jest również wskazanie, nauczenie innego sposobu wyrażania swoich stanów uczuciowych. Może być tak, że ipsacja jest sposobem na zwrócenie na siebie uwagi, formą prowokacji, adekwatnym sposobem może okazać się świadome ignorowanie zachowania, a zarazem obdarzanie uwagą w innych sytuacjach. Niekiedy przyczyna tkwi w zbyt ciasnej bieliźnie lub nieustannym pampersowaniu .

Jeżeli ustalimy, że źródło masturbacji nie tkwi w przyczynach pozaseksualnych, lecz jest naturalną konsekwencją intensyfikacji potrzeby seksualnej w okresie adolescencji, należy pamiętać, że masturbacja jest normalną aktywnością tej fazy rozwojowej podejmowaną przez większość młodzieży w normie intelektualnej, nie stwierdza się, żadnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych, należy chronić dziecko aby nie uszkadzało sobie intymnych części ciała używając do masturbacji ostrych narzędzi, nie należy karać za zachowania autoseksualne, należy nauczyć osobę niepełnosprawną intelektualnie, aby podejmowała czynności ipsacyjne w miejscach intymnych, gdy jest sama, z zachowaniem zasad higieny.

A jeżeli mówimy o zasadach, to istnieje bezwzględna konieczność wprowadzenia w wychowaniu osób niepełnosprawnych takich zasad, które są uniwersalne, a zatem powinny dotyczyć każdego, niezależnie od jego poziomu funkcjonowania intelektualnego. Nie należy przecież bez zezwolenia przekraczać stosownego dystansu fizycznego: dotykać kogoś, głaskać czy przytulać się. Należy rozróżniać sytuacje prywatne i publiczne oraz wiedzieć jakie zachowania są stosowne w miejscach publicznych, a jakie nie.

Masturbacja i obnażanie się w miejscach publicznych, niezależnie od osoby, która to czyni, zawsze budzi nasz sprzeciw. Nie lubimy również ordynarnych zaczepek i natrętnego przypatrywania się. Wskazujemy, że każdy ma swoje uczucia i emocje, których nie należy ranić i naruszać. Nie wolno nikogo napastować i namawiać do robienia czegoś, czego nie chce lub nie rozumie. Istotne jest uwrażliwienie na fakt, że dziecko może stać się ofiarą wykorzystania seksualnego, eksperymentów innych dzieci i dorosłych – to nauka dobrego i złego dotyku, chronienie własnej intymności. Są to proste zasady obowiązujące w życiu społecznym, a tego, że nie wolno dotykać innych ludzi bez przyzwolenia lub trzeba mieć czyjaś zgodę na przytulenie, **możemy przecież łatwo wyuczyć wielokrotnie powtarzając wprowadzoną zasadę.** Należy również pamiętać o tym, że dzieci szybko uczą się tego, jak na ich niestosowne zachowania seksualne reagują inni, dlatego ważne jest żeby nie wzmocniać takich zachowań naszą niewłaściwą postawą.

Także jeśli zdecydujemy się na wprowadzenie czasu intymnego, musimy nauczyć młodzież, że nie należy wciągać w to innych osób. Jest to ważna zasada, która powinna obowiązywać przez całe życie. I wreszcie bardzo ważne jest to, żeby takie same zasady obowiązywały i były egzekwowane nie tylko w domu, ale również we wszystkich miejscach, w których przebywa dorastające dziecko.

Na zakończenie pragnę przypomnieć, że **„każdy człowiek ma prawo do uczestnictwa w edukacji seksualnej, którą to należy upowszechniać przy współpracy specjalistów z różnych dziedzin wiedzy”** (Zdrowie dla Polaków do roku 2000),

a w załączniku do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w spr. w wprowadzenia do nauczania szkolnego przedmiotu wiedza o życiu seksualnym człowieka możemy przeczytać, że:

„Seksualność nie jest wartością autonomiczną i wyizolowaną; wiąże się z całą strukturą osobowości, z systemem wartości człowieka, strukturą potrzeb, obrazem własnego „ja”, z normami moralnymi i religijnymi, relacjami interpersonalnymi, rolami małżeńskimi, rodzicielskimi i społecznymi. Szkoła jest zobowiązana respektować ten fakt i podawać wiedzę o ludzkiej seksualności w tak rozumianym kontekście całej rzeczywistości człowieka.”

Literatura:

- Joanny Złotnickiej / red. /, (2002) Wieczne dzieci czy dorośli. Problemy seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa, Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani.
- Jaczewski A. (1998) Seks osób niepełnosprawnych. W: J. Rzepka / red / Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS. Katowice, Studio Wydawnicze Agat.
- Jaczewski A. (1978) Problemy seksualne upośledzonych umysłowo. W: I. Wald / red. / O integrację społeczną młodocianych i upośledzonych umysłowo. Warszawa, WSiP.
- Molicka M. (1994) Rozwój psychoseksualny upośledzonych umysłowo w świetle literatury i rozważań własnych. Szkoła Specjalna. Nr 3
- Obuchowska I., A. Jaczewski (2002) Rozwój erotyczny. Warszawa, WA „Żak”
- Materiały z konferencji Bardziej Kochani, Warszawa 2004