

DOŽIVLJAJ VLASTITOG TIJELA I SEKSUALNOST U ADOLESCENATA S MOTORIČKIM OŠTEĆENJEM

SAŽETAK

Tijekom adolescencije slika pojedinca o vlastitom tijelu doživljava značajne promjene, a fizički izgled postaje jedan od temelja na kojem se gradi identitet. Mlade osobe s motoričkim ili drugim oštećenjima u razdoblju formiranja identiteta mogu doživljavati svoje tijelo manje vrijednim, svoje sposobnosti umanjenima, a sebe u cjelini inferiornijima, uspoređujući se s osobama bez navedenih poteškoća. Jedna od specifičnosti razvoja i života adolescenta s motoričkim oštećenjima jest u tome što su, za razliku od svojih vršnjaka bez oštećenja, znatno ovisniji o obitelji i/ili instituciji te općenito o tuđoj njezi i pomoći. To može onemogućiti ili otežati prepoznavanje i zadovoljenje potreba za privatnošću, bliskošću, obrazovanošću na području seksualnosti te potreba za razvijanjem bliskosti, a kasnije i intimnih partnerskih veza. Česta strategija rješavanja ovih

¹ Maja Laklija, socijalna radnica Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Katedra za posebna područja socijalnog rada, e-mail: maja.laklija@pravo.hr

² Prof. dr. sc. Kristina Urbanc, socijalna radnica, Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Katedra za teoriju i metodologiju socijalnog rada, e-mail: kristina.urbanc@zg.htnet.hr

Pregledni članak
Primljeno: veljača, 2007.
UDK: 159.922.8-056.26 :
613.88

Maja Laklija¹
Kristina Urbanc²

Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog
rada

Ključne riječi:

tijelo, seksualnost,
motorička oštećenja,
adolescencija, edukacija.

suprotstavljenih potreba je poricanje seksualnosti kod mladih s motoričkim oštećenjima te kod osoba s invaliditetom općenito. Namjera autorica bila je da pridonese rasvjetljavanju nekih aspekata doživljavanja vlastitog tijela i seksualnosti mladih s motoričkim oštećenjima. Budući da su opasnosti od neprepoznavanja i neraspravljavanja o tjelesnim aspektima identiteta i seksualnosti kod ove populacije mladih brojne i složene, važno je potaknuti mlade, njihove roditelje, ali i stručnjake da svojim iskustvom, znanjem i uključivanjem pridonese širenju spoznaja o ovoj temi.

UVOD

Konvencija o pravima osobama s invaliditetom, koja je prihvaćena u prosincu 2006., a koju je do ožujka 2007. potpisalo 80 zemalja³, kao cilj ima osigurati osobama s invaliditetom pravo na život pod jednakim uvjetima kao i ostalim građanima (www.disabilitysolutions.org; www.un.org/youth). Konvencija o pravima osobama s invaliditetom prepoznaje pravo osoba s invaliditetom da zasnivaju partnerske veze, brakove, obitelji. S druge strane, osobe s invaliditetom, naročito osobe s tjelesnim invaliditetom, mogu se nerijetko naći u situaciji kada je njihovo pravo na privatnost ugroženo jer su ovisni o tuđoj njezi i pomoći. Stoga zadovoljenje potrebe za partnerstvom, seksualnošću i roditeljstvom za mnoge osobe s invaliditetom postaje nedostižno ili se, pak, odvija »pod kontrolom« profesionalnih pomagača ili članova obitelji koji preuzimaju ulogu njegovatelja.

U ovom radu osvrnut ćemo se na posebno ranjivu skupinu osoba s invaliditetom - mlade s motoričkim oštećenjima, koji, bilo da odrastaju u institucijama ili u obiteljskom okruženju, žive u specifičnim uvjetima u odnosu na svoje vršnjake, s obzirom na njihovu ovisnost o pomoći okoline. U mnogim sredinama vlada mišljenje da su mladi s tjelesnim invaliditetom aseksualna bića (Groce, 2004.; www.un.org/youth). Također, mnogi stručnjaci u zdravstvu, obrazovanju i socijalnim službama nisu dovoljno osviješteni niti educirani s obzirom na ovu temu (Groce, 2004; www.un.org/youth). Nedostatna socijalna osviještenost o tjelesnim aspektima identiteta i seksualnom razvoju i potrebama mladih osoba s invaliditetom može imati brojne nepovoljne posljedice i rizike za ovu populaciju. Stoga je važno potaknuti mlade, njihove roditelje, ali i stručnjake da svojim iskustvom, znanjem i uključivanjem pridonese širenju spoznaja o ovoj temi (Swain i Lawrence, 1994.). Namjera je autorica bila da ovim radom pridonese rasvjetljavanju nekih aspekata doživljavanja vlastitog tijela i seksualnosti kada su u pitanju mladi s motoričkim oštećenjima.

³ Tekst Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju usvojila je Opća skupština Ujedinjenih naroda 6. prosinca 2006. godine. Hrvatska je potpisala Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom te Fakultativni protokol Konvencije 30. ožujka 2007. u sjedištu Organizacije Ujedinjenih naroda u New Yorku.

VAŽNOST DOŽIVLJAJA VLASTITOG TIJELA U ADOLESCENCIJI

U adolescenciji slika o tijelu postaje izuzetno važna, s posebnim naglaskom na tjelesni izgled i privlačnost. U osnovi adolescenti reagiraju na tjelesne i nagonске promjene s mješavinom tjeskobe (tijelo može za adolescenta postati neprijatelj, biti kažnjavano, zanemarivano, samoozljeđivano) i veselja (ponos uslijed najavljenog ulaska u svijet odraslih) (Miljković i Rijavec, 2001.).

U tom razvojnom razdoblju slika o vlastitom tijelu i slika o sebi doživljavaju značajne promjene. Adolescent se pokušava upoznati s novopromijenjenim tijelom te mora početi spoznavati da to tijelo funkcionira na odrastao način, da ima snagu, koordinaciju i reproduktivnu sposobnost. Fizičke promjene imaju važan utjecaj na načine na koje adolescent opaža samoga sebe, tj. na njegov doživljaj vlastitog samopoimanja. Slika o vlastitom tijelu može na mladu osobu imati različite učinke koji mogu varirati od osjećaja sigurnosti u samoga sebe, do gubitka samopouzdanja, straha, nesigurnosti (Miljković i Rijavec, 2001.).

Izmjene u izgledu mogu biti doživljene čak i na traumatičan način te mogu dovesti do promjena u samopoimanju i vrednovanju vlastitog integriteta i onda kada nije riječ o poteškoćama u razvoju, već se radi o fiziološkim stanjima organizma, kao što su promjene u pubertetu. Prema nekim autorima, (Wood, 1996., prema Locke, 2005.) u situacijama kada pojedinac sumnja u sebe (na primjer, u traumatskim situacijama, razdobljima krize identiteta) postaje naročito izražena potreba za socijalnom komparacijom.

Pri tome pod socijalnom komparacijom podrazumijevamo složeni kognitivno-emocionalni proces u kojem pojedinac, na osnovi nekog kriterija, kao što su sposobnosti, vještine, mišljenja i stavovi drugih ljudi, donosi sud o vlastitim sposobnostima, stavovima i osobinama. To je proces obrade podataka o drugim osobama u odnosu sa samim sobom (Wood, 1996., prema Locke, 2005.). Suvremena istraživanja upućuju na to da se proces socijalne komparacije odvija u dva smjera, odnosno, dimenzije: vertikalnoj i horizontalnoj. Horizontalna dimenzije uključuje komparaciju na temelju solidarnosti, pristupačnosti i zajedništva, dok vertikalna dimenzija obuhvaća komparaciju temeljenu na statusu i dominaciji pojedinca (Brown, 1965.; Foa i Foa, 1974.; Horowitz, 2004., prema Locke, 2005.). Socijalna se komparacija, prema navedenim autorima u više od polovine slučajeva odvija kroz vertikalnu dimenziju, u kojoj je pojedinac u odnosu na subjekt komparacije fokusiran na to je li on/ona bolji ili lošiji od nje/njega samog. Tako mlade osobe s motoričkim ili drugim oštećenjima u razdoblju formiranja identiteta mogu doživljavati svoje tijelo manje vrijednim, svoje sposobnosti umanjenijima, a sebe u cjelini inferiornijima uspoređujući se s osobama bez navedenih poteškoća.

Ovim problemom u svojem istraživanju bavio se Čorlukić (2006.), uspoređujući samopoimanje adolescenata redovne srednje škole i adolescente s tjelesnim invaliditetom u dobi od 17 do 19. godine. Rezultati istraživanja pokazali su da postoje značajne razlike između ovih dviju skupina adolescenata s obzirom na tri dimenzije samopoimanja: stupanj

afektivne harmonije pojedinca, način prilagodbe pojedinca vlastitom tijelu i njegovim granicama te psihopatološku prilagodbu.⁴ Te su dimenzije samopoimanja negativnije kod adolescenata s motoričkim oštećenjem. Autor razliku pripisuje tome da se adolescenti teško emocionalno nose sa spoznajom o oštećenju, odnosno, da negativnije samopoimanje tjelesne slike djeluje i na emocionalni tom, a vjerojatno i na optimalno prilagođavanje.

Možemo, dakle, zaključiti kako mladim osobama slika o tijelu postaje jednaka njihovom vlastitom identitetu, jer ono »kako izgledam« jednako je onome »tko sam zapravo ja«. Fizički izgled postaje temelj na kojem se gradi identitet, ali i odnosi s drugima oko sebe. Ako vlastita slika o tijelu nije u skladu s medijskim prikazima, može se otvoriti prostor nesigurnosti u kojem se rađa nezadovoljstvo i frustriranost vlastitim tijelom (Čorlukić, 2006., Moore i Fine, 1990.). To nezadovoljstvo i društveni pritisak mogu biti tim veći ako je riječ o adolescentu s invaliditetom, odnosno motoričkim oštećenjem ili kroničnom bolešću (Gomm, 1999.; Završek, 2000.; Urbanc, 2006.).

SPECIFIČNOSTI ŽIVOTA ADOLESCENATA S MOTORIČKIM OŠTEĆENJIMA

Poremećaji koji oštećuju motoriku mogu nastati tijekom prenatalnog, perinatalnog ili postnatalnog razdoblja, kao i u kasnijem razdoblju rasta i razvoja djeteta, kao posljedica neke bolesti ili traume. Oštećenje lokomotornog sustava je prirođeno ili stečeno smanjenje ili gubitak motoričkih ili funkcionalnih sposobnosti u izvođenju pojedinih aktivnosti⁵ (NN, 64/02). Motorička oštećenja obuhvaćaju heterogenu skupinu u kojoj razlikujemo oštećenja lokomotornog aparata (oštećenja kukova, nedostatak ekstremiteta, mišićna distrofija) i oštećenja centralnog ili perifernog živčanog sustava (cerebralna paraliza) (Čorlukić, 2006.).

Oštećenje lokomotornog sustava je oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi, na primjer, pokretati tijelo (hodati, premještati se, držati šalicu, vršiti sl. aktivnosti). Nadalje, osobi mogu biti potrebna određena ortopedska pomagala (proteze, aparati, štake ili invalidska kolica i dr.) te je često u nemogućnosti

⁴ U istraživanju je korišten Offerov upitnik slike o sebi (OSIQ) koji kod nas još nije bio primjenjivan na populaciji adolescenata s motoričkim oštećenjima (Čorlukić, 2006.). Upitnik je sastavljen od pet skala koje se odnose na psihološki self, socijalni self, seksualne stavove, obiteljske odnose, te prilagodljivost. Skala psihološkog selfa podijeljena je na tri subskale koje se odnose na kontrolu impulsa, emocionalni ton te na tjelesnu sliku o sebi. Skala socijalnog selfa također je podijeljena na tri subskale koje pokrivaju područje socijalnih odnosa, morala te područja profesionalnih i edukativnih ciljeva. Skala prilagodljivog selfa se sastoji od tri subskale koje se odnose na ovladavanje vanjskim svijetom, psihopatologiju i optimalno prilagođavanje.

⁵ Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN, 64/02)

samostalno održavati osobnu njegu (kupanje, oblačenje, obuvanje, obavljanje fizioloških potreba) ili samostalno pripremati, konzumirati hranu i sl. (Magill-Evans i Restall, 1991.).

Ovisno o stupnju oštećenja, motoričke smetnje predstavljaju veću ili manju deprivaciju, posebno na biološkoj razini. U osnovi su to bolesti centralnih živčanih sustava i bolesti perifernih živaca i mišića, koje se manifestiraju kao smetnje u razvoju kretnji i položaju tijela. Najčešća bolest koja izaziva smetnje kretanja i položaja tijela je cerebralna paraliza. Uz primarno oštećenje centralnog živčanog sustava i posljedičnog oštećenja motorike, najčešće su prisutna i druga oštećenja u većem ili manjem stupnju. To su poremećaji govora, pažnje, perceptivno-vizualni deficit i grafiomotoričke smetnje (Magill-Evans i Restall, 1991.).

Težina oštećenja i mnogostrukost područja na kojima je osoba pogođena ima veliki utjecaj na psihosocijalni razvoj određenog djeteta i njegovo odrastanje kako u adolescenciji, tako i u kasnijoj životnoj dobi. Svijest o tijelu s ograničenjima u domeni motorike (u postizanju sportskih rezultata, nemogućnosti kontrole sfinktera, inkontinencije) može se negativno odraziti u vidu različitih poteškoća na planu psihosocijalnog funkcioniranja i uključivanja mlade osobe u svakodnevni život zajednice (Magill-Evans i Restall, 1991.).

Razvoj tjelesnog samopoimanja adolescenta obilježen je interakcijom između vlastitih mogućnosti i nemogućnosti da učini sve kretnje i zauzme pozicije tijela (u cilju neke intencionalne radnje, bilo da uhvati loptu, okrene list u časopisu, ili program na TV-u i sl.) i reakcijom roditelja na oštećenja (npr. poticanje, stimuliranje kretnji ili zaštićivanje, tješjenje, činjenje za ili umjesto adolescenta, objašnjavanje i opravdavanje neke nemogućnosti djeteta ili adolescenta) (Harter, 1999.; Čorlukić, 2006.). Također bitan čimbenik u razvoju tjelesnog samopoimanja je i uključenost adolescenta u intenzivan i dugotrajan habilitacijski tretman (fizioterapiju, senzomotoričku integraciju, radnu terapiju). Samo vježbanje s djetetom i manipulacija njegovim tijelom, napori i neugoda prilikom njegovog provođenja, odnos s profesionalnim fizioterapeutom, kao i operativni zahvati, također mogu svojom specifičnošću utjecati na pozitivan razvoj tjelesnog samopoimanja (Magill-Evans i Restall, 1991.).

Specifičnost u načinu života adolescenata s motoričkim oštećenjima je u tome što su za razliku od svojih vršnjaka bez oštećenja znatno ovisniji o obitelji i instituciji. Njihova socijalizacija odvija se najčešće u obiteljskim krugovima, specijaliziranim ustanovama ili školama te, rjeđe, u okviru redovnih škola. Nepovoljan položaj učenika s poteškoćama u razvoju u redovnim školama u Zagrebu, kao i u cijeloj Hrvatskoj, vrlo se sporo mijenja. Unatoč pozitivnim propisima i usvojenim međunarodnim dokumentima praksa još uvijek pokazuje kako većina škola nije spremna prihvatiti učenike s poteškoćama u razvoju, a tek je mali broj nastavnika osposobljen za rad s njima (www.hsuti.hr).

Paradoks koji se, nažalost, događa jest da potvrda o nesposobnosti za rad koju mladoj osobi po završenom školovanju može izdati liječnik, od strane roditelja postaje poželjnijom od alternativnog rješenja koje, nažalost, u većini slučajeva znači da će osoba doživotno provesti prijavljena na zavodu za zapošljavanje bez ikakve perspektive za

uključivanjem u radni proces. »Presuda« o nesposobnosti za rad korisniku, naime, omogućava dodjelu osobne invalidnine, tako da često sami roditelji srednjoškolaca s tjelesnim invaliditetom inzistiraju kod djetetovog liječnika na izdavanju ove potvrde. To za većinu adolescenata s invaliditetom znači da se po povratku sa školovanja vraćaju u »socijalni vakuum«, bez mogućnosti daljnjeg školovanja, zapošljavanja, održavanja kontakata s vršnjacima ili zadovoljavanja bilo kakvih drugih potreba svojstvenih mladim osobama, a koje bi prethodile partnerskim odnosima i stvaranju vlastite obitelji (Urbanc, 2005.).

Adolescenti s motoričkim oštećenjima prepoznati su od strane brojnih istraživača (Sugar, 1990.; Magil-Evans i Restall, 1991.; Steinberg i sur., 1992.; Blum i sur., 1999.) kao skupina mladih koja je izložena povišenom riziku na području socijalnog funkcioniranja. No činitelji tih rizika povezani su sa spremnošću okoline da u svakodnevno funkcioniranje zajednice uključi i osobe s invaliditetom, a ne sa smanjenim sposobnostima adolescenata s motoričkim oštećenjima. Naime, društvo, infrastruktura, promet, pristup i dostupnost institucijama prilagođeni su osobama bez teškoća u razvoju, što predstavlja jednu od najvećih prepreka u izjednačavanju mogućnosti osoba s motoričkim smetnjama. Naša tijela i mogućnosti njihova funkcioniranja na taj su način »obilježena« društvom i kulturom u kojoj živimo (Urbanc, 2005.).

Epidemiološke studije temeljene na uzorku djece i adolescenata sa specifičnim razvojnim poremećajima, uključujući kronične fizičke bolesti, pokazuju da je ova populacija također u većem riziku da razvije psihološke smetnje (Magil-Evans i Restall, 1991.). Ukoliko su motoričke smetnje nastupile već po rođenju, dijete odrasta u uvjetima koji su obilježeni specifičnim teškoćama vezanim uz njegovo motoričko oštećenje, što se ogleda u reakcijama roditelja i obitelji prema njemu, u njihovim međusobnim odnosima, kao i u odnosima s najširoom okolinom, a prvenstveno s institucijama koje su uključene u skrb, liječenje i pomoć (bolnice, školske ustanove, mirovinsko-invalidska osiguranja, udruge, itd.).

Rezultati nekih istraživanja pokazali su da su stavovi adolescenata prema motoričkom oštećenju, povezani sa stavovima roditelja i drugih osoba koji su u interakciji s adolescentom. Istraživanja koja su se bavila pitanjem činitelja roditeljskog ponašanja rezultirala su trima glavnim skupinama činitelja, a to su: individualne osobine roditelja, osobine djeteta i kontekstualni činitelji (Kuterovac-Jagodić i Keresteš, 1997.).

Svjesnost o vlastitom motoričkom oštećenju razvija se postupno, kroz roditeljsku interpretaciju djetetovih ograničenja te kroz suočavanja i odnose sa zdravim vršnjacima. Stoga je značajno i u kojoj mjeri, u kojim uvjetima i pod kojim okolnostima je dijete bilo uključeno u redovne predškolske, školske i izvanškolske aktivnosti, kakva je iskustva imalo, ili je bilo segregirano u zasebne skupine. Odrastanje u jednoj ili drugoj sredini može djelovati stimulatивно ili inhibirajuće na daljnji rast i razvoj adolescenta s motoričkim smetnjama, ovisno o samom adolescentu, djeci s kojom je došao u interakciju, te odraslima, dakle, nastavnicima, liječnicima i drugom osoblju, odnosno, ovisno o pripremljenosti sredine za inkluzivni pristup djetetu.

Adolescent s motoričkim oštećenjima je od djetinjstva daleko više izložen medicinskim tretmanima i rehabilitaciji nego što je to slučaj kod zdravih adolescenata (Čorlukić, 2006.). Uz to su prisutne i hospitalizacije i operativni zahvati kao jedan od najsnažnijih stresogenih čimbenika u dječjoj, adolescentskoj dobi. U pravilu hospitalizacije u ranoj dobi, duža odvojenost od roditelja i bolni zahvati na djetetovom tijelu mogu ostaviti teže tragove na djetetov psihosocijalni razvoj. Jedan od najznačajnijih preventivnih čimbenika vezanih za dugotrajne hospitalizacije bio bi osiguravanje roditeljima da budu uz dijete tijekom liječenja (Blum i sur., 1999.).

Djeca i mladi s motoričkim oštećenjima najčešće su socijalno izolirana, imaju malo prijatelja, rijetko sudjeluju u društvenim aktivnostima. Česta odvajanja radi hospitalizacija vezanih za operacije, izostanak iz škole, radne, fizikalne terapije i sl. pomažu perzistenciji tjelesnog i fizičkog stresa (Čorlukić, 2006.). Zbog toga mlada osoba može imati poteškoća pri uspostavljanju kvalitetnih odnosa s drugima, a naročito s vršnjacima. Često su zakinuti u mogućnostima da kroz igru i druženje s vršnjacima stječu iskustvo, eksperimentiraju s vlastitim izgledom i sadržajem budućih normativnih uloga, uče o životnim vještinama, griješe u tome i zabavljaju se pri tome.

Zbog specifičnosti na razvojnom putu njihove mogućnosti za praktična postignuća često su socijalno ograničene. Kvaliteta života i njihova prava nerijetko su narušena već i samim time što se, da bi ostvarili jedno svoje pravo (npr. pravo na školovanje) moraju odreći nekog drugog prava, (npr. prava na život u vlastitoj obitelji, a ne instituciji), budući da su škole koje mogu pohađati najčešće smještene u većim urbanim sredinama, što za mnoge znači odvajanje od obitelji već u ranom djetinjstvu. Znatno manja pokretljivost otežava proces individuacije i separacije adolescenta od roditelja te općenito, ograničava socijalnu pokretljivost i doživljavanje novih iskustava kroz neformalno druženje i izlaske s vršnjacima.

Dakle, možemo zaključiti kako je doživljaj tijela u centru adolescentova doživljavanja samopoštovanja, tijelo je doživljeno kao socijalno istaknuto, »neuslužno«, »nedovršeno«, no također je i doživljeno kao cjelina adolescentovog samopoimanja (Blum, 1982.). Prema Čorlukić (2006.), to može značiti da adolescentu ne smeta toliko ograničenje u motorici samo po sebi, zbog same motorike (tj. zato što želi izvoditi neke motoričke kretnje koje ne može), već mu to smeta iz funkcionalnog razloga jer ga ono ograničava da iskusi, istraži i doživi svijet oko sebe kao drugi adolescenti. Prema Magill-Evans i Restall (1991.), motoričko oštećenje je više nego stanje koje pogađa tijelo, ono je esencijalna komponenta u procesu oblikovanja svijeta i sebe. Stoga je, prema ovim autorima, oštećenje najbolje razumjeti kao stanje svijeta, kao i stanje samog sebe.

RAZVOJ SEKSUALNOSTI I MOTORIČKO OŠTEĆENJE

Predodžba mladenaštva gotovo je nedjeljivo vezana uz konstrukt o seksualnoj privlačnosti, fizičkoj snazi, besprijekornim tjelesnim proporcijama, iako iz razvojnih teorija

znamo da seksualnost u mladenaštvu ima puno dublji značaj od isključivo estetskog. Mladi s invaliditetom u pravilu su percipirani kao fizički manje atraktivni i poželjni kao partneri, a njihova okolina nerijetko poriče, reducira ili regulira njihov potencijal i potrebu izražavanja seksualnosti.

Poricanje seksualnosti kod osoba s invaliditetom nije, međutim, specifično samo za razdoblje mladenaštva, već je prisutno u svim dobnim skupinama osoba s invaliditetom. Naročito snažan pritisak okoline (obitelji, institucija, praktičara) u vidu najrazličitijih mjera »institucionalnog discipliniranja i reguliranja seksualnosti« vršen je na djevojke i mlade žene s invaliditetom. Tako niti danas mnoge institucije za smještaj i/ili pomoć osobama s invaliditetom ne prepoznaju potrebe korisnika za privatnošću, a pogotovo ne za takvom »vrstom« privatnosti koja bi u okviru institucionalnog smještaja omogućila korisnicima aktivan seksualni život (Swain i Lawrence, 1994.; Nocon i Pleace, 1998.).

Nije stoga iznenađujuće da rezultati nekih istraživanja upućuju na prevladavanje negativnih stavova prema pravu osoba s invaliditetom da osnivaju vlastite obitelji i imaju djecu (Brantliger, 1988., prema Wolf, 1997.; Oliver, 1998.) te stavova da osobe s invaliditetom nisu u mogućnosti skrbiti o svojoj djeci (Alcorn, 1974.; Deisher, 1973., prema Wolf, 1997.; Shakespeare, 1998.). Sukladno tome, ne čudi da većina ispitanika smatra da sterilizacija osoba s oštećenjima treba biti poticana kako bi se smanjio broj neželjenih trudnoća, menstrualne boli i »ostalih smetnji« vezanih uz seksualnost (Wheless, 1975., prema Wolf, 1997.).

Kada je riječ o smještaju u vlastitoj obitelji, roditelji ili njihovi supstituti imaju važnu ulogu u reguliranju seksualnog života mlade osobe s invaliditetom. Istraživanja su pokazala da, čak i oni roditelji i njegovatelji, koji su imali permissivniji stav prema seksualnim aktivnostima mladih s invaliditetom nisu pridonosili njihovom informiranju i obrazovanju na području seksualnosti (Brown i Russell, 2005.). Pokazalo se, također, da roditelji onih mladih s invaliditetom koji su boravili u vlastitim obiteljima, pokazuju više zabrinutosti glede seksualnosti njihove djece od roditelja čija su djeca bila u institucionalnom smještaju. Sugeriraju kako život u instituciji već sam po sebi isključuje takve »bojazni«. No, pokazalo se kako mladi s invaliditetom smješteni u ustanove stupaju u seksualne odnose, čak i pored represivnih mjera nadzora, reguliranja odnosa te segregacije po spolu (Brown i Russell, 2005.).

Uglavnom, mitovi o seksualnosti mladih s invaliditetom, i općenito, odraslih osoba s invaliditetom, sugeriraju tri osnovne vrste predodžbi (Talepporos i McCabe, 2001., prema Priestley, 2003.):

1. Predodžba o osobi s invaliditetom kao potpuno aseksualnoj

Ova predodžba povezana je s patronizirajućim pristupom i infantiliziranjem osoba s invaliditetom, što je, u velikoj mjeri omogućavalo »opravdavanje« kontrole nad njihovim

socijalnim kontaktima te nadzor njihovog života općenito. Možemo sebi, međutim, postaviti paradoksalno pitanje: ako su osobe s invaliditetom percipirane kao doista aseksualne, čemu onda reguliranje i restrikcija njihovih odnosa (ako, dakle, ne postoji bojazan od »neželjenih posljedica«)?

2. Predodžba o osobi s invaliditetom kao seksualno ugrožavajućoj

Nasuprot prethodnoj ideji koja se temelji na općem poricanju seksualnosti kod osoba s invaliditetom, zagovornici ove predodžbe, najčešće stručno osoblje koje provodi njegu ili stručnjaci koji planiraju politiku skrbi za osobe s invaliditetom, veoma su zainteresirani za »seksualne probleme« koje mogu prouzročiti osobe s invaliditetom u kontekstu institucionalnog smještaja i skrbi, fokusirajući se pri tome isključivo na specifične intervencije u svrhu preveniranja »seksualnih devijacija« koje bi »mogle pasti na pamet« osobama s invaliditetom (npr. masturbiranja na javnim mjestima, socijalno nepoželjne načine iskazivanja seksualne privlačnosti, ili pak opasnosti da postanu žrtve nečijeg seksualnog zlostavljanja).

Unatoč potrebi za individualiziranim pristupom i podrškom razvoja zdravih partnerskih (a ne samo seksualnih) odnosa općenito, pravila na institucionalnim razinama te zakoni na državnim razinama ostaju restriktivni po pitanju seksualnosti osoba s invaliditetom. Smatramo da pretpostavka o njihovom manjku kapaciteta da stupe u odgovoran partnerski odnos eventualno može naći svoje potkrepljenje u manjku socijalnih iskustava općenito, nedostatnim mogućnostima samostalnog odlučivanja te pravu da eksperimentiraju, griješe i snose posljedice svojih pogrešaka općenito (kao što to čine mladići i djevojke bez invaliditeta, koji, da bi imali seksualni odnos s partnerom ne moraju nikome dokazivati da su zreli i odgovorni).

3. Predodžba o osobi s invaliditetom kao neosporno heteroseksualnoj

Ova predodžba također nije »rezervirana« samo za osobe s invaliditetom, a pogotovo ne samo za mlade osobe s invaliditetom. Još je uvijek, čak i u stručnim krugovima prisutna ideja o tome da je homoseksualnost ili potreba mladih da eksperimentiraju s naklonošću prema osobama istog spola, nešto devijantno te da se, ako se odabere pravi tretman ili ako je okolina dovoljno uporna, osoba može »izliječiti« od ove »patologije«.

Kako je seksualnost mladih s invaliditetom još uvijek općenito tabuizirana te kako se homoseksualnost mladih (kao i odraslih) također još uvijek smatra vrstom devijantnosti, možemo samo pretpostaviti kakve psihološke, socijalne i kulturološke prepreke to stavlja

pred pojedinca. Tremain (2000., prema Priestley, 2003.) navodi kako valja uzeti u obzir da su teme o »rodu i spolu« proizašle iz konstrukta o moći i razlikama između muškaraca i žena u heteroseksualnim odnosima, što ide na štetu šireg poimanja seksualnosti i partnerstva.

ULOGA ZNAČAJNIH DRUGIH U RAZVOJU SEKSUALNOSTI KOD MLADIH S MOTORIČKIM OŠTEĆENJIMA

Ljudska seksualnost je povezana s anatomijom, psihologijom, biokemijskim reakcijama; s ulogama, identitetom i osobnošću individue; s individualnim osjećajima, ponašajnom osnovom i iskustvom u interpersonalnim interakcijama. Ona uključuje znanja o seksualnosti, seksualna uvjerenja, stavove, vrijednosti i seksualno ponašanje, upućuje na etičke, duhovne i moralne implikacije te kulturne i grupne različitosti (Haffner, 1990.).

Opasnosti izostanka educiranosti na području seksualnosti za mladu su osobu s invaliditetom (ali i za svaku mladu osobu općenito) ozbiljne i mogu rezultirati strahom i osjećajem srama, neprihvatljivim seksualnim ponašanjem, ismijavanjem od strane okoline, neplaniranom trudnoćom, spolno prenosivim bolestima. Daljnji rizici mogu uključivati čak i neprepoznavanje i podržavanje eksploatacije i različitih oblika zlostavljanja osobe s invaliditetom, budući ona nije u mogućnosti razumjeti što joj se događa (Ballan, 2001.; Hibbard i sur., 2007.). Uskraćivanje relevantnih informacija i mogućnosti pravovremenog dijaloga s bliskom i upućenom osobom, tako na primjer, može dovesti do toga da masturbacija, koja u pubertetu postaje uobičajena pojava, postane »problematično ponašanje«, popraćeno snažnim osjećajem krivnje, straha od kazne ili odbacivanjem i izrugivanjem od strane okoline, ako je osoba izvodi na neprikladnim mjestima (Edwards i Elkins, 1988.).

Nekada je strah od seksualnih odnosa bio glavno kontracepcijsko sredstvo. Sudeći prema iskustvima iz prakse, čini nam se da se ovo »sredstvo zaštite« još uvijek nastoji koristiti u velikoj mjeri, barem što se tiče mladih s invaliditetom. Sterilizacija kao jedna od »mjera zaštite« često je bila provedena bez davanja mogućnosti izbora samoj osobi s invaliditetom te se provodila uz »dobre namjere« i uvjerenja da će se time spriječiti ispoljavanje seksualnosti, umanjiti vjerojatnost spolne eksploatacije i zlostavljanja te smanjiti ili isključiti širenje spolno prenosivih bolesti (American Academy of Pediatrics, 1999.).

Kako je u životu svakog adolescenta najduže i najintenzivnije emocionalno iskustvo ono s njegovim roditeljima ili njihovim supstitutima, sigurno je da roditeljsko ponašanje i u ovom slučaju može biti značajan činitelj rizika ili zaštite za psihosocijalni razvoj adolescenta, tim više što je ova skupina adolescenata ovisnija o svojim roditeljima te ima manje mogućnosti proširiti i održati socijalnu mrežu izvan kruga obitelji.

Mnogi roditelji djece s motoričkim oštećenjima i općenito, djece s invaliditetom i kroničnim oboljenjima, smatrajući svoju djecu aseksualnim bićima, obeshrabrivat će svaki

oblik ekspresije seksualnosti u djeteta (Milligan i Neufeldt, 2001., prema Di Giulio, 2003.). Cole i Cole (prema Tepper, 2001.) ističu napore roditelja da zaštite adolescente od emocionalnih ozljeda uzrokovanih odbijanjem i odbacivanjem te eksploatacije što ih navode kao glavne razloge izbjegavanja tema vezanih uz seksualnost u interakciji s mladima s invaliditetom. Neki, pak, mladi će ući u partnerske odnose gdje će se zbog izostanka seksualne edukacije naći u rizičnim situacijama (bilo da će prolaziti kroz više nekvalitetnih i za osobu nezdravih veza, bilo da će biti izloženi spolnim bolestima, neželjenim trudnoćama, osjećaju krivnje i srama) (Groce, 2004.).

Ono što je, čini se, zajedničko populaciji obitelji s djecom i mladima s invaliditetom i onima bez invaliditeta, jest da čak i nakon »seksualne revolucije« nije česta pojava da roditelji razgovaraju sa svojom djecom o ovoj temi te je područje seksualnosti i dalje plodno tlo za nastanak i održanje brojnih mitova. Djeci i mladima (bez obzira na invaliditet) svakako bi bilo lakše odrastati kada bi odrasli s njima dijelili iskustva koja su i njima samima bila od pomoći u boljem snalaženju na tom području. Dijeljenje tih iskustava obično teče lakše ukoliko se u obitelji to odvija među članovima istog spola. Ključno je da se po tom pitanju između djece i roditelja razvije povjerenje koje kasnije mladima omogućuje da se obrate roditeljima za pomoć i zaštitu. Ako je dijete svjesno da se može obratiti za pomoć, to može predstavljati značajan zaštitni činitelj u prevenciji seksualnog zlostavljanja, ovisnosti, i mnogih drugih rizičnih činitelja.

Prirodan tijek ljudskog razvoja podrazumijeva da će dijete u određenoj dobi, sukladno vlastitim sposobnostima, preuzeti odgovornost za svoj vlastiti život, uključujući i odgovornost za svoje tijelo. Kroz svakodnevne kontakte roditelji i njihovi supstituti u mogućnosti su da na više ili manje izravan način, verbalno i neverbalno uče djecu o ljudskim odnosima, bliskosti, povezanosti, kao i rizičima koji proizlaze iz toga, separaciji, gubicima, tugovanju, itd. Na taj način oni postaju primarni edukatori, kako o životu općenito, tako i o moralnim vrijednostima, normama i ponašanjima na području seksualnosti i partnerstva te ih u tome treba podučiti i podržati. Značajnu ulogu u tome mogu odigrati stručnjaci koji su od najranije djetetove dobi u kontaktu s obitelji radi dijagnosticiranja, tretmana, rehabilitacije, socijalizacije, informiranja o ostvarivanju prava te praćenja (pedijatri, obiteljski liječnici, socijalni radnici, rehabilitatori, fizioterapeuti, patronažne sestre, odgajatelji, nastavnici). Istraživanja su pokazala (Murphy i Elias, 2006., prema Hibbard i sur. 2007.) kako su pedijatri u naročito povoljnoj poziciji za informiranje i pružanje podrške roditeljima u otvaranju dijaloga na temu seksualnosti kod mladih s motoričkim smetnjama. Oni su najčešće ti koji obitelji priopćavaju dijagnozu, moguće ishode i tretmanske mogućnosti, prate rast i razvoj djeteta te u suradnji s drugim stručnjacima koji surađuju s obitelji mogu u velikoj mjeri pridonijeti promoviranju seksualnog zdravlja mladih. To, dakako, zahtijeva i specifičnu pripremu samih stručnjaka za rad na ovom području te učinkovitu suradnju svih onih pomagača koji rade s obiteljima ili adolescentima s motoričkim oštećenjima.

Neke od osnovnih smjernica za rad stručnjaka u praksi na ovom području odnose se na (modificirano prema Murphy i Elias, 2006., prema Hibbard i sur. 2007.): (1) osiguravanje povjerljivosti svakom djetetu ili adolescentu i njegovoj obitelji; (2) pružanje pomoći roditeljima da razumiju moguće utjecaje oštećenja ili kroničnog oboljenja na opći, pa tako i seksualni razvoj djeteta ili adolescenta; (3) kreiranje takvog okruženja povjerljivosti i podrške tijekom pomažućeg odnosa u kojem će biti moguće potaknuti rasprave i pitanja o razvoju, sazrijevanju i seksualnosti kao o »uobičajenim temama«, čak i prije nego što one postanu aktualne, ukoliko je moguće; (4) informiranje adolescenta i obitelji i osiguravanje odgovarajuće edukacije o seksualnosti te ohrabrivanje roditelja da u tome sudjeluju unoseći obiteljske, kulturološke, religijske i druge za njih specifične vrijednosti, iskustva i znanja; (5) pomoć roditeljima i značajnim drugima da optimiziraju mogućnosti za neovisnost djeteta ili adolescenta, naročito glede brige o sebi i socijalnih vještina; (6) prepoznavanje djece i adolescenata s invaliditetom kao populacije koja je u povećanom riziku od zanemarivanja, seksualnog zlostavljanja te zlostavljanja općenito, što uključuje praćenje i prepoznavanje ranih indikatora ovih pojava kao i poznavanje odgovarajućeg spektra intervencija i resursa zajednice u takvim primjerima.

Sposobnost za kvalitetan i odgovoran seksualni život nije prirodna i ne odvija se sama po sebi. Kada je riječ o obiteljima s mladima, bez obzira na invaliditet, roditelje je potrebno senzibilizirati i poučiti s obzirom na ovu temu, budući da čovjek oblikuje svoju spolnost tijekom odrastanja, putem razgovora, razmjene iskustava te učenja po modelu u svojoj primarnoj obitelji, u krugu svojih vršnjaka, odgajatelja, nastavnika i drugih njemu značajnih osoba.

PRAVO NA PRIVATNOST I PRAVO NA TUĐU POMOĆ - PITANJE GRANICA ILI SUPROTSTAVLJENIH POTREBA

Doba adolescencije je doba u kojem su mlade osobe preplavljene uvjerenjem da su drugi preokupirani njenom/njegovom pojavom i izgledom. Taj egocentrizam rezultira samosviješću i potrebom za većom privatnošću i samostalnošću. Kod mlade osobe s motoričkim oštećenjem, koje zahtijeva mnogo osobne njege, ta potreba za separacijom i privatnošću postaje centralnim pitanjem (Tepper, 2001.). Istovremeno, u adolescenciji postaju izraženije i potrebe za istraživanjem vlastite seksualnosti i eksperimentiranja na tom području. Dakle, s jedne je strane »nova« rastuća potreba za privatnošću, intimnošću, samostalnošću, dok je s druge strane već postojeća potreba za tuđom njegom i pomoći (bilo da je riječ o pomoći od strane člana obitelji ili profesionalnog pomagača), što nameće pitanje redefiniranja granica između adolescenta i pomažuće osobe.

Iako stručnjaci različitih profila svakodnevno sudjeluju u različitim socijalnim i intimnim aktivnostima (tuširanju, odijevanju) osoba s invaliditetom, kada je riječ o seksualnosti i seksualnom ponašanju osoba o kojima skrbe, često nisu sigurni kako pristupiti tom aspektu

života (Whyte, 2000., prema Brown i Russell, 2005.). Problematiziranje pristupa seksualnosti i seksualnom zdravlju u odnosima između pomagača i korisnika tako biva neopravdano zanemarivano, kako u praksi tako i u stručnoj literaturi, a ako se i spominju, riječ je, najčešće o fizičkom aspektu seksualnosti te njegovom tehničkom omogućavanju ili onemogućavanju (Earle, 2001., prema Brown i Russell, 2005.). Prema istim autorima, pružanje podrške i pomoći po pitanjima seksualnosti kod stručnjaka stvara tenzije u razumijevanju gdje se nalaze granice; što ulazi u područje profesionalne pomoći, a što predstavlja zadiranje u privatnost, osobni prostor osobe, tko je taj koji određuje granice, je li to organizacija koja pruža uslugu, stručnjak, roditelj/skrbnik ili sama osoba s invaliditetom te tko je tu nadležan u rješavanju brojnih etičkih dilema (Brown i Russell, 2005.).

Bazirajući svoje istraživanje na socijalnom modelu pristupa osobama s invaliditetom Brown i Russell ispitali su kako je seksualno zdravlje i seksualni život osoba s invaliditetom (engl. tzv. *sexual well-being*) prema mišljenju njih samih, percipirano od strane stručnjaka pomagača koji se nalaze u poziciji da budu ili facilitatori ili osporavatelji tog prava (Brown i Russell, 2005.). Rezultati istraživanja pokazuju da je seksualnost neosporno važna u životu osoba s invaliditetom, ali da nije toliko usmjerena fizičkim aspektima, koliko intimnosti, emocionalnom doživljaju. Istraživanja pokazuju da osobe s invaliditetom svoj odnos s partnerom u velikoj mjeri opisuju kroz termine intimnost, ljubav i druženje, dok jedan dio ispitanika ne vjeruje da će ikada naći partnera. Viđenje seksualnosti, (Earle, 2001., prema Brown i Russell, 2005.) dakle, osim fizičkog aspekta uključuje i toplinu, prihvaćanje, zabavu, zadovoljstvo, privlačnost, ljubav, maštanje osjećajnost, podršku i druženje te čak niti ne mora obvezno uključivati seksualnost u terminima fizičkog seksualnog općenja. Istraživanje je također ukazalo na postojanje raskoraka između prava osoba s invaliditetom na seksualnost i stupnja podrške koju primaju od organizacija i stručnjaka kada to pravo žele ostvariti. Korisnici se, naime često susreću s nerazumijevanjem, predrasudama koje u njima izazivaju osjećaj straha i srama (Brown i Russell, 2005.; Nocon i Pleace, 1997.)

Kada govorimo o terminu privatnosti vezano za pitanje seksualnosti osoba s invaliditetom te njihovom potrebom za stalnom pomoći, korisnici ističu svoju svjesnost da je njihova soba, njihov dom, ujedno i radni prostor stručnjaka, pomagača (Brown i Russell, 2005.). Dakle, radno mjesto jednoga predstavlja najintimniji, najprivatniji prostor nekog drugog, što prije ili kasnije otvara pitanje granica te uzrokuje pojavu poteškoća u realiziranju privatnosti u njenom punom značenju.

U praksi se pokazalo kako i sami korisnici iskazuju potrebu otvaranja pitanja o granicama sa stručnjacima te nerijetko navode primjere pomicanja tih granica, kada su pomagači bili u situaciji da podrže ostvarenje korisnikove intimne veze s partnerom. Tako, na primjer, jedan korisnik navodi kako je posudio novac svojem njegovatelju, dok je u drugom slučaju korisnik saslušao pomagača kada mu je ovaj povjerio neku osobnu

poteškoću. Možemo, dakako, problematizirati kako ovakvo pomicanje granica utječe na uloge u postojećem pomažućem odnosu i kakva se etička pitanja otvaraju pri tome. No, možemo i pretpostaviti kako je ovakav privremeni »kopernikanski obrat« uloga mogao imati osnažujuće i ljekovite učinke, kako za korisnika, tako i za sam odnos, ukoliko su sudionici to mogli problematizirati, imajući u vidu zajednički cilj i uloge svakog sudionika u ostvarivanju tog cilja. Ovime, dakako, ne želimo sugerirati stručnjacima da u odnosu s korisnicima budu »intimni« ili »privatni« umjesto osobni i profesionalni, već da budu osjetljivi i otvoreni za pregovore o granicama sa svakim pojedinim korisnikom, naročito kada je riječ o adolescentima s motoričkim oštećenjima, imajući u vidu naglašenost potrebe za privatnošću i samostalnošću kao i druge specifičnosti ovog razvojnog razdoblja.

Održavanje zdrave ravnoteže u ovako specifičnom pomažućem odnosu od stručnjaka zahtijeva i specifičnu pripremljenost. Pored usvajanja sasvim konkretnih znanja s područja razvojne psihologije, spolnog odgoja, metoda i vještina socijalnog rada s pojedincem, obitelji, adolescentima te etike, nužno je i dobro poznavanje sebe, vlastitog sustava vrijednosti i stavova prema vlastitoj seksualnosti i seksualnosti općenito. Uz to potrebna je i redovita supervizija kako ovaj neizbježni »uvid« u intimni život korisnika ne bi utjecao na kvalitetu rada i odnosa s korisnikom te dovodio do neugodne radne atmosfere i intenzivnog osjećaja krivnje kod pomagača.

Postoji dakle potreba za unapređenjem profesionalne osviještenosti pomagača te rada na njihovoj senzibilizaciji za raznolikost potreba osoba s invaliditetom. Vrijeme, podrška, informacija i savjet, uključujući i iskustva drugih, potrebni su mladoj osobi da joj olakšaju proces seksualnog sazrijevanja i prilagođavanja.

ZAKLJUČAK

U doba adolescencije djevojke i mladići s motoričkim oštećenjima mogu postati naglašeno svjesni svojih nemogućnosti s obzirom na vrstu i prirodu oštećenja te početi realističnije razmišljati u procjeni mogućnosti »izlječenja«, odnosno, trajnosti njihovog motoričkog oštećenja (Magill-Evans i Restall, 1991.).

Imati pravo na tuđu pomoć i njegu za mladu osobu s motoričkim oštećenjem često puta znači imati »pravo na ustanovu« te imati pravo na neaktivnost, neželjenu mirovinu, a ne pravo na život. To pravo također često implicira i »ne imati pravo na privatnost«, »ne znati ništa o vlastitoj seksualnosti i seksualnosti općenito« te »ne imati pravo na seksualni život«. S obzirom na važnost seksualnosti, tjelesnog aspekta, samostalnosti u odlučivanju i potrebi za eksperimentiranjem s vlastitim izgledom, ulogama i izborima u adolescenciji, ovakav pristup od strane roditelja ili njihovih supstituta te stručnjaka i šireg okruženja ne samo da nije razvojno poticajan već je stigmatizirajući i ograničavajući.

Adolescentima s poteškoćama u razvoju, suočenima s ograničenom slobodom kretanja, ograničenim sadržajima provođenja slobodnog vremena i ograničenim socijalnim

kontaktima, tijekom kriza odrastanja potrebno je staviti na raspolaganje specifične oblike pomoći i podrške (Dunst, Illback i Cobb, 1997.). Važno je da je ta podrška »skrojena« po mjeri pojedine obitelji i korisnika - adolescenata s motoričkim oštećenjem te da sam korisnik može pregovarati o njenom sadržaju, tijeku, pomažućem odnosu kao i granicama u tom odnosu. Također je važno da stručnjaci koji ulaze u takav odnos budu odgovarajuće educirani, redovito supervizirani te senzibilizirani za pitanje granica, kada je riječ o, doduše suprotstavljenim, ali za svakog pojedinca vrlo važnim potrebama: potrebom za bliskošću i potrebom za privatnošću. Dakle, za kvalitetno kreiranje servisa pomoći i podrške na ovom vrlo osjetljivom i dugo zanemarivanom području, nezaobilazan je pogled iz korisničke perspektive i kontinuirana evaluacija postojećih usluga od strane korisnika i njihovih obitelji.

LITERATURA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics (1999). **Sterilization of minors with developmental disabilities**. Pediatrics. Siecus Report, 104 (2).
2. Ballan, M. (2001). **Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities**. Siecus Report, 29 (3).
3. Blum, P. H. (1982). Theories of the self and psychoanalytic concept: Discussion. **Journal of American Psychoanalysis**, 30, 76-92.
4. Blum, R. W., Resnick, M. D., Nelson, R. & St Germaine, A. (1999). Family and peer issues among adolescents with spine bifida and cerebral palsy. **Pediatrics**, 88, 280-285.
5. Brown, J. & Russell, S. (2005). My home, your workplace: people with physical disability negotiate their sexual health without crossing professional boundaries. **Disability and Society**, 20, 375-388.
6. Čorlukić, M. (2006). **Samopoimanje u adolescenata s motoričkim poremećajima**. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, magistarski rad.
7. Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. **The Canadian Journal of Human Sexuality**. 12 (1), 53-68.
8. Dunst, C. J., Illback, R. J. & Cobb, C. T. (1997). Conceptual and empirical foundations of familycentered practice. In: Illback & Cobb (eds.), **Opportunities for psychological practice**. Washington, D. C.: American psychological Association.
9. Edwards, J. P. & Elkins, T. E. (1988). **Just between us: A social sexual training guide for parents and professionals who have concerns for persons with retardation**. Portland: Ednick.
10. Gomm, R. (1999). Issues of Power in Health and Welfare. In: Walmsley, J., Reynolds, J., Shakespeare, P. & Woolfe, R. (eds.), **Health, welfare and practice**. London: Sage Publications.

11. Groce, N. E. (2004). Adolescents and youth with disability: Issues and challenges. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, 15 (2), 13- 32.
12. Haffner, D. W. (1990). **Sex education 2000: A call to action**. New York: Sex Information and Education Council of the U.S. (B).
13. Harter, S. (1985). **Manual for the Self-perception profile for children**. Denver: University Denver.
14. Harter, S. (1999). **The construction of the self: a developmental perspective**. New York: Guilford Press.
15. Hibbard, R. A.; Desch, L. W. & Committee on Child Abuse and Neglect and Council on Children with Disabilities (2007). Maltreatment of Children With Disabilities. **Pediatrics**, 119, 1018-1025.
16. Kuterovac-Jagodić, G. & Keresteš, G. (1997). Perception of parental acceptance-rejection and some personality variables in young adults. **Društvena istraživanja**, 6, 477-491.
17. Lacković Grgin, K. (1994). **Samopoimanje mladih**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
18. Locke, K.D. (2005). Connecting the horizontal dimension of social comparison with Self-worth and Self-confidence. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 31 (6), 795-803.
19. Magill-Evans J. E. & Restall G. (1991). Self-esteem and persons with cerebral palsy: From adolescence to adulthood. **American Journal of Occupational Therapy**, 45, 819-82.
20. Miljković, D. & Rijavec M. (2001). **Razgovori sa zrcalom**. Zagreb: IEP.
21. Moore B. & Fine B. (1990). **Psychoanalytic Terms and Concepts**. Yale University Press.
22. Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima, Narodne novine, broj 64/02
23. Nocon, A. & Pleace, N. (1997). The housing needs of disabled people. **Health and Social care in the Community**, 6 (5), 361-369.
24. Oliver, M. (1998). The sexual politics of disability: Untold desires. **Disability and Society**, 13 (1), 150-152.
25. Priestley, M. (2003). **Disability - A life course approach**. Cambridge: Blackwell Publishing Inc.
26. Shakespeare, T. (1998). Choices and rights: eugenics, genetics and disability equality. **Disability and Society**, 13 (5), 665-681.
27. Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbush, S.M. & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. **Child Development**, 63, 1266-1281.
28. Sugar, M. (1990). **Atypical adolescence and sexuality**. New York: W.W. Norton.

M. Laklija, K. Urbanc: Doživljaj vlastitog tijela i seksualnosti u adolescenata...

29. Swain, J. & Lawrence, P. (1994). Learning about disability: Changing attitudes or challenging understanding? In: French, S. (ed.), **On equal terms: Working with disabled people**. Oxford: Butterworth-Heinemann.
30. Tepper, M. S. (2001). **Becoming sexually able: education to help youth with disabilities**. SIECUS, Vol. 29 , No. 3, February/March 2001.
31. Urbanc, K. (2005). Medicinski, socijalni ili nemedicinski pristup skrbi za osobe s invaliditetom. **Ljetopis studijskog centra socijalnog rada**, 12 (2), 321-331.
32. Urbanc, K. (2006). **Izazovi socijalnog rada s pojedincem**. Zagreb: Alinea.
33. Wolf, P. S. (1997). The Influence of Personal Values on Issues of Sexuality and Disability. **Sexuality and Disability**, 15 (2), 69-90.
34. www.disabilitysolutions.org
35. www.hsuti.hr
36. www.un.org/youth
37. Završsek, D. (2000). **Hendikep kot kulturna travma**. Ljubljana: Založba.

Maja Laklija
Kristina Urbanc
University of Zagreb
Faculty of Law
Department of Social Work

EXPERIENCE OF OWN BODY AND SEXUALITY IN ADOLESCENTS WITH MOTORIC IMPAIRMENTS

SUMMARY

During adolescence, the individual's image of one's own body undergoes significant changes, and the physical appearance becomes one of the foundation on which the identity is built. During the period of forming the identity, young persons with motoric or other impairments can experience their body as less worthy, their capacities as reduced, and themselves inferior overall in comparison to the persons without the aforementioned impairments. One of the specific features of the development and life of adolescents with motoric impairment is that they are, unlike their peers without such impairments, far more dependent on their family and/or the institution, and generally on other people's care and help, which can aggravate or disable the recognition and satisfaction of the needs for privacy, closeness, education in the area of sexuality and the need to develop close, and later intimate partnership relations. A frequent strategy for solving these conflicting needs is to deny sexuality in young persons with motoric impairment, and the disabled persons in general. The intention of the authors to contribute to the clarification of some aspects of the experience of own body and sexuality of young persons with motoric impairment. Since the dangers from the failure to recognise and discuss the physical aspects of the identity and sexuality in this population are numerous and complex, it is important to encourage young persons, their parents, but also the experts to contribute to the dissemination of the insights into this topic with their experience, knowledge and participation.

Key words: *body, sexuality, motoric impairments, adolescence, education.*