

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

*/Рекомендація кафедри до захисту
Підпис зав. кафедри/*

Табун Олена Юріївна

**ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ
З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

Спеціальність 8.053 «Психологія»

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології
Науковий керівник –
Єсип Маряна Зіновіївна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри клінічної психології УКУ

ЛЬВІВ – 2019

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
(назва факультету)

Кафедра клінічної психології
(повна назва кафедри)

Пояснювальна записка

до магістерської роботи
магістр
(освітній ступінь)

на тему:

**Особливості сексуальної поведінки дітей з
розладами спектру аутизму**

Виконала: студентка 6-го курсу,
групи ЗПК-17/М
спеціальності 8.053 «Психологія»
(шифр і назва спеціальності)

Табун О. Ю.

Керівник: Єсип М. З.
(прізвище та ініціали)

Рецензент:
(прізвище та ініціали)

ЛЬВІВ – 2019

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь: магістр

Спеціальність: 8.053 «Психологія»

Освітня програма: Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

“ ____ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Табун Олені Юріївні
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Особливості сексуальної поведінки дітей з розладами спектру аутизму

Керівник роботи: Єсип Мар'яна Зіновіївна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “23” жовтня 2018 р.

№ протоколу 3

Зміни теми затверджені Вченою Радою Факультету від “2” травня 2019 р.

№ протоколу 8

2. Строк подання студенткою роботи: 24.05.2019

3. Вихідні дані до роботи: вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1) розкрити зміст поняття «сексуальна поведінка дітей»; 2) проаналізувати наукову літературу з проблематики сексуальності дітей, зокрема з РСА; 3) ознайомитись з останніми дослідженнями особливостей статевого виховання підлітків з РСА; 4) визначити та описати процедуру проведення наукового дослідження; 5) провести аналіз та інтерпретацію результатів дослідження; 6) на основі отриманих даних сформулювати висновки та практичні рекомендації для батьків.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): магістерська наукова робота містить схему, рисунки і таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір і погодження теми	22.10.2018	
2	Обговорення методології та структури дослідження. Підбір опитувальників	02.11.2019	
3	Здача опису роботи та бібліографії	02.12.2019	
4	Опрацювання I розділу	21.01.2019	
5	Представлення I розділу	12.02.2019	
6	Розробка опитувальників	11.03.2019	
7	Впровадження опитувальників	19.04.2019	
8	Статистична обробка даних і опрацювання II розділу	22.04.2019	
9	Представлення II розділу дослідження	24.04.2019	
10	Попередній захист магістерської роботи	09.05.2019	

Студентка

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ У ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	9
1.1. Дитяча сексуальна поведінка: психологічний аспект	9
1.1.1. Тракткування дитячої сексуальної поведінки у психологічних дослідженнях	9
1.1.2. Сексуальне дозрівання та формування сексуальної ідентичності	11
1.1.3. Дитяча сексуальність: норма та патологія	13
1.2. Особливості сексуальності та сексуальної поведінки дітей з розладами спектру аутизму	23
1.2.1. Сексуальність дітей з вадами розвитку	23
1.2.2. Сексуальне дозрівання та формування сексуальної ідентичності дітей з РСА: рекомендації батькам	25
1.3. Теоретична модель сексуальної поведінки дітей з РСА	34
1.4. Висновки до I розділу	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ	38
2.1. Методи та процедура дослідження	38
2.2. Характеристика групи досліджуваних	43
2.3. Особливості сексуальної поведінки дітей, в яких виявлено РСА	43
2.4. Висновки до II розділу	49
ВИСНОВКИ	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	54
Додаток А	
Додаток Б	
Додаток В	
Додаток Д	
Додаток Е	
Додаток Ж	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Діти, яким діагностовано розлади спектру аутизму (надалі РСА) являються загадкою навіть для власних батьків. На превеликий жаль, суспільство відвертається від них. Особи з РСА змушені прикривати свою особистість від світу. А світ, в свою чергу, закривається від них, вбачаючи за особистістю здебільшого лише хворобу [1].

Причини виникнення РСА нікому точно не відомі. Походження цієї недуги дотепер не визначено і потребує подальшого вивчення. Випадки, з якими звертаються батьки, надзвичайно різні. В наш час аутизм найчастіше відносять до органічних хворіб, що спричинюється порушенням розвитку головного мозку. Це і являється причиною всебічного дефіциту взаємодії із соціумом, спілкування, а також обмеженим діапазоном інтересів та повторюваними діями [1].

Зміни, які відбуваються в тілі та розумі підлітків, можуть здивувати кожного. І очевидним є брак розуміння таких змін, які захоплюють зненацька молоду особу з РСА. Тому дуже важливо підготувати дитину до цих трансформацій, хоча, при очікуванні абсолютного успіху тут не обійтись без допомоги фахівця [2].

Опитування Рубла та Далримпла (1993), а також ван Сон-Схонеса та ван Більсена (1995), проведене для батьків дітей з аутизмом показали, що однією з найактуальніших проблем, з якою звернулися за допомогою, виявилась сексуальність [3].

Статевий розвиток та сексуальна поведінка дітей та підлітків з РСА залишаються осторонь наукового та клінічного інтересу. Незважаючи на це, особи, які мають аутизм, демонструють сексуальну поведінку та мають статеві потреби та почуття [4].

Що стосується типових осіб, то сексуальність може бути джерелом інтенсивного задоволення або причинами проблем і розчарувань. Клініцисти, які

мають досвід у сфері РСА, часто звертаються за порадою щодо сексуальної поведінки та сексуальних проблем до батьків таких дітей і до відповідних установ [3].

Важливо зауважити, що однією з найвагоміших причин, що зумовили вибір теми даної магістерської роботи став запит від батьків дітей з РСА і фахівців, що з ними займаються. На запитання, що було б найдоречніше дослідити найближчим часом для того, аби прояснити ситуацію, допомогти чи підтримати у процесі виховання дитини з РСА, було однозначне бажання бути проінформованими одо сексуальної поведінки цих дітей.

Питання статевого виховання дітей та молоді з РСА в Україні дуже актуальне і в той же час надзвичайно мало досліджуване. Замислюючись над даною тематикою, на думку спадає безліч запитань, наявність відповідей на які суттєво покращило б якість життя людей з РСА та їхніх батьків в Україні.

Об'єкт: сексуальна поведінка дітей.

Предмет: особливості сексуальної поведінки дітей з РСА.

Мета: дослідити особливості сексуальної поведінки дітей з РСА.

Гіпотези:

1. Ймовірно, сексуальна поведінка дітей з РСА відрізняється від поведінки нейротипової дитини.
2. Припускаємо, що діти, в яких діагностовано РСА, більш схильні до мастурбації інтимних зон порівняно з нейротиповими дітьми.
3. Припускаємо, що діти, в яких діагностовано РСА, рідше цікавляться темою сексуальності, ніж нейротипові діти.

Завдання:

1. Розкрити зміст поняття «сексуальна поведінка дітей».
2. Проаналізувати наукову літературу з проблематики сексуальності дітей, зокрема з РСА.
3. Ознайомитись з останніми дослідженнями особливостей статевого виховання підлітків з РСА.

4. Визначити та описати процедуру проведення наукового дослідження.

5. Провести аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

6. На основі отриманих даних сформулювати висновки та практичні рекомендації для батьків.

Методи. У дослідженні застосовані наступні *загальнонаукові методи*: аналіз, синтез, індукція, дедукція, моделювання та системний підхід. Також були використані *конкретні* методи, а саме: спостереження, бесіди, психологічне опитування. Для встановлення статистично значущого зв'язку між групою дітей, яким діагностовано РСА і групою нейротипових дітей, а також для виділення подальших практичних рекомендацій було застосовано *математично-статистичні методи* (статистичної перевірки гіпотез (t-критерій Стьюдента), кореляції рангу Спірмена), за допомогою яких були опрацьовані дані, отримані під час опитування.

Наукова новизна. В результаті опитувань батьків дітей з РСА, а також фахівців, що займаються даною тематикою, було сформульовано чіткий запит щодо їхніх потреб у подальших дослідженнях в сфері аутизму. Побудовано теоретичну модель особливостей сексуальної поведінки дітей з РСА. Перекладено українською мовою і адаптовано опитувальник щодо дитячої сексуальності, на основі якого проведено дослідження. Доведено, що діти з РСА більш схильні до мастурбації інтимних зон порівняно з нейротиповими, і роблять вони це дуже часто у публічних місцях. Таким чином отримані результати ставлять ще одне питання - щодо створення практичних рекомендацій для батьків дітей з РСА.

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 53 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ У ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1. Дитяча сексуальна поведінка: психологічний аспект

1.1.1. Тракткування дитячої сексуальної поведінки у психологічних дослідженнях

В даній роботі представлений огляд сучасних західних досліджень дитячої поведінки сексуального характеру з подальшим детальним оглядом того типу сексуальної поведінки, яка з певної точки зору розглядається як проблемна. У даному дослідженні термін «*сексуальна поведінка*» використовується досить широко. Під ним мається на увазі всі типи поведінки, що стосуються вивчення власного тіла та тіла інших людей, дотику, сексуальної ідентичності, сексуальної мови, мастурбації, а також ігор і взаємодій, які можуть мати сексуальні конотації [3]. Термін «*дитина*» надалі використовуватиметься в основному для позначення періоду від дошкільного віку (4-6 років) до пубертату (11-13 років) [4].

Сексуальну поведінку можна розглядати з різних і, певною мірою, протилежних точок зору: з одного боку, як біологічно обґрунтований і тим самим керований біологічний процес, на який можна позитивно чи негативно вплинути в дитинстві. Протилежна версія базується на тому, що сексуальність є соціальною конструкцією, що визначається структурою навколишнього суспільства. Між ними лежать різні гібридні теорії, що пов'язують в собі біологічне і соціальне. Таким чином те, що є «*нормальною*» чи «*девіантною*» поведінкою не встановлюється остаточно і назавжди, а змінюється в часі, місці, суспільстві та культурі [2].

Література, що стосується теми дитячої сексуальної поведінки раніше в основному базувалася на теоретичних припущеннях щодо сексуального розвитку дитини, і в першу чергу черпала матеріал з невеликих тематичних досліджень, часто заснованих на клінічних даних чи епізодичних доказах щодо. Масштабні дослідження сексуальної поведінки дітей довгий час не проводились взагалі. Деякою мірою це зумовлено трудністю спостережень за такою поведінкою, що було пов'язано з тодішніми етичними принципами (найчастіше, зважаючи на табу щодо дитячої сексуальності). Досить часто зустрічаються посилення науковців на Альфреда Кінсі [5; 6; 7], чий дослідження про людську сексуальність свого часу (1930-1940-ві роки) привернули значну увагу [8]. Він працював на основі методології, яка сьогодні в багатьох відношеннях розглядалася б як недостатньо науково обґрунтована чи універсальна.

У наступні десятиліття було здійснено дуже мало досліджень з питань дитячої сексуальності та сексуальної поведінки. Ті дослідження, які все ж проводились, в першу чергу досліджували вік, з якого діти починали мастурбувати чи коли вперше відчувати оргазм [9].

У 1970-х і 1980-х роках на основі сексуальної лібералізації в Швеції була опублікована педагогічна література про дитячу сексуальну поведінку [10]. Книги ґрунтувалися на ідеї «доброї сексуальності» і включали поради про те, як дорослим навчити маленьких дітей мастурбувати, використовуючи правильну техніку, і як няні можуть заохочувати дітей грати в розвиваючі ігри (наприклад, «лікарів і медсестер»). Після того, як у світі підняли тему сексуального насильства, література і освітні публікації для фахівців, що працюють з дітьми, в першу чергу стали орієнтувались на дітей, які пережили насильство [11].

1.1.2. Сексуальне дозрівання та формування сексуальної ідентичності

Протягом перших кількох місяців життя немовлята починають досліджувати своє тіло при купанні та під час зміни їм підгузків. Хлопчики зазвичай виявляють наявність у себе пеніса у віці від 6 до 8 місяців, і дівчатка вперше звертають увагу на свою піхву у віці від 10 до 11 місяців [12]. Спершу немовлята ненавмисне торкаються своїх статевих частин тіла задля сексуальної мети чи задоволення. Їхні статеві органи реагують на стимуляцію так само, як і в дорослих. Хлопчики-немовлята мають регулярну ерекцію під час сну або пробудження, а піхва дівчинки- немовляти зволожується у відповідь на доторк чи тертя [12]. Немовлята можуть торкатися своїх інтимних зон після того, як вони зауважують, що це призводить до приємних відчуттів [12].

Діти дошкільного віку за своєю природою дуже цікавляться навколишнім світом, і їхні ігри мають дослідницький характер. Вони часто навчаються через поведінку: спостереження, відчуття, доторк і наслідування. Для них є природною дія, що спрямована на дослідження свого тіла та тіла оточуючих. Наприклад, діти віком від 2 до 5 років, як правило, схильні проявляти певну сексуальну поведінку після того, як бачать інших оголеними. Вони починають торкатись своїх інтимних зон вдома і на публіці, а також грудей матері [13]. У своєму дослідженні Ларсон і Сведін описують найбільш поширені типи сексуальної поведінки у домашніх умовах як для хлопчиків, так і для дівчаток у віці від 3 до 6 років: дітям цікаво спостерігати за іншими, коли ті оголені; вони також люблять самі ходити без одягу; дітям також подобається торкатися грудей матері [14]. Крім того, дівчата зазвичай грають у «лікаря» (тобто, дитина, яка є лікарем, «оглядає» іншу дитину, торкаючись її інтимних зон), в той час як хлопчики часто торкаються своїх статевих органів. Загалом, за словами батьків та вихователів, дошкільнята демонструють більшу частоту сексуальної поведінки вдома, ніж у дитячих установах [15, 16]. Ларссон і Сведін (2002а) також довели це у своєму

дослідженні. Вони, виявили, що і хлопці, і дівчата частіше доторкаються своїх інтимних зон вдома (хлопчики = 39,4%, дівчата = 34,8%), ніж у дитячих установах (хлопчики = 8,3%, дівчата = 1,2%). В загальному сексуальна поведінка більш притаманна дітям молодшого віку, і зменшується з часом до раннього підліткового віку до досягнення статевої зрілості [17].

Впродовж шкільних років сексуальна поведінка стає більш скритною, оскільки діти починають дізнаватись про соціальні межі та прийнятні норми сексуальної поведінки. Наприклад, діти віком від 10 до 12 років набагато рідше намагаються підглядати за оголеними (6%), рідше публічно торкаються своїх інтимних зон (2%) та грудей матері (1%), ніж коли вони були в дошкільному віці [18]. Натомість спостерігається зростання іншої сексуальної поведінки. Приблизно 15% дітей віком 10 - 12 років зацікавлені у перегляді наготи на телебаченні, у порівнянні з 5 % дітей 2 - 5 років [18]. Інші типи поведінки, які стають більш частими з віком, включають підвищення інтересу до протилежної статі та перегляд зображень з оголеними людьми [18]. Так як діти стають більш свідомими свого тіла, спостерігається тенденція до збільшення сором'язливості щодо оголеності або роздягання в присутності інших, особливо у дівчат [19].

Гра сексуального характеру – специфічний тип міжособистісної сексуальної поведінки в дитинстві, що є типовою частиною статевого розвитку, спираючись на ретроспективні дані та інформацію опікунів. У дослідженні дітей старшого шкільного віку понад 80% учнів повідомили, що до того часу, коли їм виповнилось 13 років вони мали деякого роду спільний сексуальний досвідом з іншими дітьми. У більшості з них це відбулось з їх однолітком [20]. Аналогічно, у дослідженні випускників, приблизно 60% з них повідомили, що мали принаймні один сексуальний досвід з іншою дитиною під час їхнього дитинства, при цьому хлопці виявили більш високі показники сексуального досвіду у віці 8 -12 років, порівняно з дівчатами [21]. У вибірці дівчат-випускниць більше половини респондентів вказали, що вони грали в ігри сексуального характеру, і у більшості з них це було з друзями-ровесниками [22]. Середній вік таких ігор у цій вибірці

становив 7,5 років. Для усіх респондентів сексуальна гра вважалася нормальною і не асоціювалась із соромом чи провиною.

Декілька міжнародних досліджень включали також питання щодо того, чи спостерігали батьки, як їхні діти граються в «лікаря» з іншими дітьми. У шведській вибірці дітей дошкільного віку 48% дівчат і 37% хлопчиків грали у ці ігри вдома [20]. Згідно результатів бельгійського дослідження, трохи більше 50% дітей дошкільного віку також грали в дану гру, але ця діяльність була менш частою у дітей молодшого шкільного віку [25].

1.1.3. Дитяча сексуальність: норма та патологія

Хоча сексуальна поведінка є звичним явищем у дітей, батьки часто не впевнені яка з типів поведінки є прийнятною для даного рівня розвитку, а яка незвичною і такою, яка мала б викликати занепокоєння. Для того, щоб відповісти на запитання про те, чи є поведінка нормальною, і чи свідчить вона про пережите сексуальне насильство або вплив медіа сексуального змісту, та/або щоб знати як справлятися з цією поведінкою, вони можуть опиратися на вказівки педіатра своєї дитини або іншого медичного фахівця. Тому необхідно, щоб медичні працівники розуміли характерний статевий розвиток у дітей, розуміли відмінності між прийнятною сексуальною поведінкою певного віку та проблемною сексуальною поведінкою (надалі ПСП) і бути готовим запропонувати відповідні рекомендації щодо лікування/виховання. Виходячи з цього, нижче подано стислий огляд літератури, пов'язаної з типовим статевим розвитком дітей, а також із ПСП. Фахівцям з охорони здоров'я надаються рекомендації щодо того, як правильно оцінити рівень ПСП у дітей, які до них звертаються [26].

Незважаючи на те, що підліткам також притаманна ПСП, в них набагато більше змінних характеристик, ніж у дітей дошкільного та шкільного віку [27; 28]. Фактори ризику щодо ПСП у підлітків (сексуальна насолода, потяг,

вживання алкоголю та наркотичних речовин, а також вплив сексуального контенту через Інтернет) теж відрізняються від аналогічних факторів у дітей молодшого віку. Крім того, важливі компоненти лікування для дітей з ПСП відрізняються від стратегій втручання, що застосовуються до підлітків з ПСП [29]. Враховуючи вищезгадані відмінності в сексуальній поведінці дітей та підлітків, у дане дослідження включено лише інформацію про дітей віком до 12 років [26].

Хоча деякі типи сексуальної поведінки є звичним явищем у дітей, існують певні різновиди, які рідко зустрічаються у даному віковому діапазоні. Ці типи поведінки включають наступне: намагання мати статевий акт, торкання губами інтимних частини тіла інших, прохання інших вступити в статевий акт, і встромляння предметів/пальців в анальний отвір або піхву [18]. Певний тип поведінки дещо відрізняється у хлопчиків та дівчаток (див. таблиці 1.1 та 1.2) [26].

Табл. 1.1.

Приклади сексуальної поведінки хлопчиків

<i>вік 2–5 років</i>	<i>вік 6–9 років</i>	<i>вік 10–12 років</i>
>25% вибірки		
Торкається інтимних зон вдома	Торкається інтимних зон вдома	-
Торкається інтимних зон на публіці	-	-
Намагається підглянути за оголеними	-	-
Торкається грудей	-	-
Стоїть надто близько до інших	-	-
15%-25% вибірки		
Дуже цікавиться протилежною статтю	Дуже цікавиться протилежною статтю	Дуже цікавиться протилежною статтю

Мастурбує рукою	Намагається підглянути за оголеними	Намагається оглядати оголених по телевізору
Демонструє інтимні зони дорослим	Торкається інтимних зон на публіці	-
Одягається як особа протилежної статті	Торкається грудей	-
Обіймає дорослих з якими не довго знайомий	Стоїть надто близько до інших	-
5%-10% вибірки		
Демонструє інтимні зони іншим дітям	Намагається оглядати зображення оголених людей	Намагається оглядати зображення оголених людей
Торкається інтимних зон дорослих	Намагається оглядати оголених по телевізору	Знає про секс більше, ніж очікується
Цілує інших дітей	Говорить про секс	Говорить про секс
Цілує дорослих з якими не довго знайомий	Торкається інтимних зон інших дітей	Торкається інтимних зон вдома
Треться тілом до інших людей	Демонструє інтимні зони дорослим	Стоїть надто близько до інших
<1% вибірки		
Намагається вступити в статевий акт	Намагається вступити в статевий акт	Намагається вступити в статевий акт
Встромляє об'єкти у піхву чи анальний отвір	Намагається торкнутись ротом інтимних зон	Намагається торкнутись ротом інтимних зон
Просить інших робити сексуальні дії	Просить інших робити сексуальні дії	Просить інших робити сексуальні дії
Намагається торкнутись ротом інтимних зон	Встромляє об'єкти у піхву чи анальний отвір	Встромляє об'єкти у піхву чи анальний отвір
Відтворює сексуальні звуки	Роздягає дорослих проти їх волі	Роздягає дорослих проти їх волі
<i>Примітка. Тире вказує на те, що в цьому віковому / частотному діапазоні не відбувається жодної іншої поведінки. [26]</i>		

Табл. 1.2.

Приклади сексуальної поведінки дівчаток

вік 2–5 років	вік 6–9 років	вік 10–12 років
>25% вибірки		
Торкається інтимних зон вдома	-	Дуже цікавиться протилежною статтю
Торкається грудей	-	-
Намагається підглянути за оголеними	-	-
Стоїть надто близько до інших	-	-
15%-25% вибірки		
Мастурбує рукою	Торкається інтимних зон вдома	Знає про секс більше, ніж очікувано
Дуже цікавиться протилежною статтю	Намагається підглянути за оголеними	Намагається оглядати оголених по телевізору
Торкається інтимних зон на публіці	Стоїть надто близько до інших	Стоїть надто близько до інших
Демонструє інтимні зони дорослим	Торкається грудей	-
5%-10% вибірки		
Торкається інтимних зон інших дітей	Намагається оглядати зображення оголених людей	Мастурбує рукою
Хоче бути особою протилежної статті	Намагається оглядати оголених по телевізору	Одягається як особа протилежної статті
Цілує інших дітей	Говорить про секс	Говорить про секс
Демонструє інтимні зони іншим дітям	Торкається інтимних на публіці	Торкається інтимних зон вдома
<1% вибірки		
Намагається вступити в статевий акт	Намагається вступити в статевий акт	Намагається вступити в статевий акт
Намагається торкнутись ротом інтимних зон	Намагається торкнутись ротом інтимних зон	Намагається торкнутись ротом інтимних зон

Просить інших робити сексуальні дії	Просить інших робити сексуальні дії	Просить інших робити сексуальні дії
«Заставляє» (граючись) ляльок займатись сексом	Встромляє об'єкти в піхву чи анальний отвір	Встромляє об'єкти в піхву чи анальний отвір
Джерело: [26]		

ПСП стосується дій, при яких беруть участь діти віком до 12 років, задіюючи статеві органи, і які є неприйнятними для розвитку і можуть завдавати шкоду їм або інших [27].

Цей тип поведінки може спрямовуватись на себе чи оточуючих, і не обов'язково бути сексуально мотивованим або здійснюватися задля сексуального задоволення. Досить часто він пов'язаний з цікавістю, дослідженням, імітацією, приверненням уваги чи самозаспокоєнням [28].

ПСП не є діагностованим психіатричним станом, а широким спектром сексуальної поведінки, що може становити клінічний інтерес [30]. Асоціація з питань лікування сексуального насильства у дітей з ПСП [27] надає вказівки для визначення того, чи сексуальна поведінка є проблемною. Основні питання, які слід розглянути, включають частоту поведінки, фактори розвитку та рівень шкоди.

Оцінка частоти поведінки є першим важливим кроком у визначенні різниці між типовою сексуальною поведінкою та ПСП [27]. Наприклад, 3-річний хлопчик, який на якусь мить торкається своїх статевих органів на публіці раз в кілька тижнів, є досить типовим, тоді як той самий 3-річний хлопчик, що торкається свого пеніса щоразу, коли виходить з дому, може викликати занепокоєння. ПСП часто включає поведінку, яка є незвичною або рідкісною для даного віку та статі дитини. У нормативній вибірці дівчаток віком від 2 до 5 років, 44% з них торкалися грудей матері, але менш ніж 1% групи припав на дівчат, що торкались/намагались торкнутись губами маминих геніталей [17]. Таким чином, для дівчаток цього вікового діапазону орально-генітальний контакт швидше буде вважатися ПСП, ніж торкання грудей матері, у зв'язку з

рідкістю цієї специфічної поведінки. Прояви сексуальної поведінки, що відповідає розвитку часто зменшуються через втручання батьків, але ПСП часто продовжується, незважаючи на увагу та контроль збоку батьків. ПСП часто може бути нав'язливим станом, і батькам може бути важко відволікати дитину від такої поведінки. Крім того, діти, які вступають у ПСП, можуть бути розчаровані або розлючені, коли їх від такої поведінки відволікають [17].

Декілька факторів розвитку слід враховувати при вивченні сексуальної поведінки дітей [27]. Типова сексуальна поведінка часто відбувається між дітьми, які добре знають один одного і перебувають на одному рівні розвитку. В той же час сексуальна поведінка між дітьми різного віку і рівня розвитку більш ймовірно підпадатиме під визначення ПСП. Наприклад, двоє 6-тирічних дітей, які грають у лікаря, є менш підозрілими, ніж 12-річний, який грає в ту ж гру з 6-тирічним. Як було представлено в таблицях 1.1.3.1 та 1.1.3.2, кілька типів сексуальної поведінки відносно часто зустрічаються в дитячому віці. Проте, ці типи поведінки можуть бути проблемними, якщо трапляються на іншій стадії розвитку. Наприклад, торкання своїх статевих органів вдома: у нормативній вибірці ця поведінка зустрічається приблизно у 60% хлопчиків у віці 2-5 років, але лише приблизно в 9% хлопчиків у віці в 10-12 років [18]. Не є дивно, що маленька дитина торкається себе вдома, але ця ж поведінка буде вважатись менш нормальною у віці 11 років. Сексуальна поведінка, що перешкоджає соціальному розвитку, скоріше наводить на думку про ПСП, ніж типова сексуальна поведінка. Наприклад, 8-річна дівчинка, яка більше не може грати у футбольній команді через, на її думку, недоречні торкання гравців-противників, може розглядатись як ПСП [18].

Розуміння рівня шкоди, що завдається при поведінці, також може допомогти фахівцям визначити, чи є сексуальна поведінка проблемною [27]. Поведінка, яка є нав'язливою, наприклад, вимагання від інших вступати в статевий контакт, є рідкісним явищем, незалежно від віку та статі дитини. Крім того, динаміка гри може допомогти класифікувати поведінку. Сексуальна

поведінка, яка включає агресію, примус, загрози, застосування сила та/або залякування більш імовірно буде класифікована як ПСП. На противагу цьому, типова сексуальна гра між дітьми відбувається із взаємної згоди. Емоції, пов'язані з сексуальною грою між дітьми також варті уваги. У порівнянні з нормальною сексуальною грою, ПСП частіше викликає тривогу, страх і сором у дитини, на яку спрямована поведінка. Сексуальна поведінка, яка призводить до фізичних травм, шкоди або болю, також імовірно являється проблемною [13].

В цілому, нормальна сексуальна поведінка у дітей частіше являється дослідницькою та із взаємної згоди, відбувається час від часу, не несе в собі страху чи тривоги, і відбувається між дітьми, які добре знають один одного та являються приблизно однолітками. Коли поведінку виявлено, вона зазвичай без зусиль припиняється через втручання батьків. На відміну від цього, ПСП часто включає примус, втручання, є нав'язливою, і виникає між дітьми різного віку і рівня розвитку, стається регулярно і є неприйнятною у плані розвитку. Про проблемність поведінки може свідчити також те, що вона є радше спланованою аніж спонтанною. Крім того, ПСП не так легко вирішується звичним втручання батьків і вимагає більш сфокусованого виправлення [18].

Важко з'ясувати точні показники поширеності ПСП через відсутність чітких критеріїв ідентифікації дітей, яким ця поведінка притаманна, і схоже, що не існує жодних державних статистичних даних про чисельність або поширеність такого роду інцидентів. Натомість розповсюдженість, як правило, виводиться шляхом вивчення даних, згідно яких діти стали жертвами сексуального домагання з боку інших дітей. Нещодавні дослідження щодо жертв сексуального насильства свідчать про те, що приблизно 38% дітей до 6 років, 42% дітей віком від 6 до 11 років, а також 31% дітей віком від 12 до 17 років були сексуальними жертвами іншого неповнолітнього [26].

Крім того, 15% дітей, що стали жертвами сексуальних домагань у віці до 6 років, і 12% дітей-жертв у віці від 6 до 11 років були жертвами дітей віком до 12 років [26]. На відміну від дорослих сексуальних правопорушників, чийми

жертвами діти є приблизно у половині випадків (55%), переважна більшість (96%) жертв сексуальних нападів, вчинених неповнолітніми, також не досягли віку 18 років [26].

Як група, діти з ПСП надзвичайно різноманітні у своїх виявах, часто без єдиного чіткого профілю чи мотивації [30]. ПСП в дітей трапляється приблизно в однаковій мірі у обох статей [31; 32], хоча показники можуть змінюватися в залежності від важкості стану поведінки і віку дитини. Наприклад, в одному дослідженні щодо дітей дошкільного віку, яким було рекомендовано провести терапію щодо ПСП, 65% дітей були дівчатками, а 35% - хлопчиками [33]. З дорослішанням дитини та зі збільшенням агресивності ПСП гендерний розрив збільшується, і хлопці, як правило, частіше виявляють дану поведінку [31]. Діти з ПСП також можуть мати інші психопатології, включаючи опозиційну та проблемну поведінку, неухважність, гіперактивність та імпульсивність, соціальні труднощі і/або історію пережитої травми [27; 30]. Результати численних досліджень також показали, що існує сильна пряма залежність між ПСП та «Опитником щодо сексуальної поведінки дітей», про який детальніше йтиме мова в II розділі даної роботи [34; 35].

Розвиток ПСП дитини пов'язаний з широким спектром сімейних, розвиткових та соціальних факторів [35]. Одним з найпоширеніших напрямків дослідження є діти, які зазнали сексуального насильства. Численні дослідження показали, що діти з історією сексуального насильства мають більш високі показники ПСП, ніж діти без такої історії [36]. Проте в більшості дітей, які зазнали сексуального насильства, не розвинулась ПСП. Згідно дослідження Кендал-Такета та Фінкельхора лише 35% дітей дошкільного віку та 6% дітей шкільного віку, які мали історію сексуального насильства, були ідентифіковані як такі, що мають ПСП [37].

Наслідування насильницької поведінки у домі, включаючи фізичне насильство та домашнє насильство, теж вказується як фактор, що спричиняє розвиток ПСП у дітей [33]. У нещодавньому дослідженні Аллен (2017) показав,

що в його вибірці значно більший відсоток 8-річних дітей з ПСП мали досвід фізичного насильства (39%) порівняно з дітьми, які не були жертвами фізично насильства (24%) [38]. Цей висновок схожий на результати дослідження, проведений Боннером, у якому 32% дітей, які потребували корекції щодо ПСП, пережили фізичне насильство. Крім того, 48% дітей з іншої вибірки з ПСП мали історії фізичного насильства [39] згідно інформації батьків. Існує дещо менше досліджень, що конкретно розглядають зв'язок між ПСП і насильством в сім'ї, але домашнє насильство фігурувало як фактор поведінки сексуального втручання в одному дослідженні [35], а майже 60% маленьких дітей з ПСП були жертвами домашньому насильству згідно іншого насильства [33].

Більше того, згідно досліджень, ПСП частіше зустрічається у дітей, які виховуються в сім'ях з недостатньо виставленими особистими кордонами, в яких вони можуть бути свідками наготи, сексуальної активності батьків і/або порнографії [35]. У вибірці Фрідріха (1991) простежується чітка лінійна залежність між ПСП і набором фактів оголення в сім'ї (наприклад, дитина бачить оголені фотографії в будинку, приймає ванну з дорослими, бачить оголених дорослих вдома, спостерігає наготу на телебаченні). До того ж, сукупність факторів сексуальності в сім'ї, таких як перебування серед оголених вдома, спільне спання, купання давало змогу з достатньою точністю спрогнозувати наявність ПСП [13].

Крім того, фактори сімейних негараздів, які негативно впливають на батьківський контроль та догляд, такі як бідність, одиноке батьківство та недостатньо добрі навички батьківства, є прямо пов'язані з ПСП [30]. Дохід сім'ї також виявився достатньо надійним маркером ПСП: діти з сімей з нижчими доходами перебувають з зоні ризику [18]. В одному з досліджень батьки дітей, у яких виявлено ПСП, показували значно вищі рівні батьківського стресу і частіше характеризували своїх дітей як таких, які вимагають забагато уваги, важко йдуть на співпрацю, і менше сприймають поставлені їм обмеження в порівнянні з батьками в нормативній вибірці [24]. Результати цього дослідження також

вказують на те, що батьки дітей з ПСП здійснюють менший нагляд і контроль за діяльністю своїх дітей, ніж інші батьки. У кількох дослідженнях приблизно 45% дітей з ПСП виховувались у сім'ї без батька чи матері [24]. Крім того, в групі дітей з ПСП значно вищі показники розлучення батьків, порівняно з дітьми без ПСП [23].

На щастя, існують клінічні методи лікування, які продемонстрували ефективність у зниженні рівня ПСП у дітей. Мета-аналіз, проведений 2008 року на основі 11 досліджень результатів лікування ПСП зібрав індивідуальні елементи курсів лікування, щоб визначити ті, які показали найбільше зниження ПСП. Загалом, елементи, які зосереджувалися на батьківстві та управлінні поведінкою, були найбільш успішними у зменшенні рівня ПСП, тоді як елементи, які зазвичай використовуються до підлітків та, не особливо сприяли зменшенню ПСП [29]. Дослідження дітей з ПСП у віці від 5 до 12 років ще більше підтвердили гіпотезу про те, що управління батьківством і поведінкою залишаються найуспішнішими варіантами лікування [40]. Лише 2% дітей, які закінчили курс когнітивно-поведінковий терапії (КПТ), що зосереджувалися на управлінні поведінки та психоедукації знову повернулись до ПСП протягом 10 років після лікування, порівняно з 10% рецидиву ПСП в дітей, яким було надано динамічну ігрову терапію [40]. Цей результат вказує на те, що структурована КПТ, фокусована на керуванні поведінкою, є не тільки ефективною у скороченні ПСП в короткостроковій перспективі, але й закладає позитивні тенденції в довгостроковій перспективі зниження частоти ПСП в майбутньому практично до нормативного рівня [40].

1.2. Особливості сексуальності та сексуальної поведінки дітей з розладами спектру аутизму

1.2.1. Сексуальність дітей з вадами розвитку

Інтимні відносини в нашому житті включають доторки і сексуальний акт, але в однаковій чи навіть більшій мірі важливими складовими є спілкування, спільні цінності, пріоритети та заняття, які приносять сміх і радість від компанії одне одного. Сексуальність розвивається і живиться всіма типами відносин, а не лише через секс. Вона формується в контексті важливих відносин нашого життя. Людині як істоті соціальній важко вижити наодинці в цьому світі. Значна частина людської самоідентичності формується на фоні взаємодії з іншими людьми – як інтимної, так і звичайної буденної. Таким чином дуже важливо, щоб сексуальність розглядалась як невід'ємна частина нормального розвитку дітей і підлітків з вадами, а не як ізольована частина досвіду [41].

Важлива тема дитячої сексуальності часто ігнорується батьками та фахівцями з питань охорони здоров'я. Зазвичай людям не зручно говорити про секс та сексуальність, і вони можуть розглядати підлітка з хронічною хворобою чи вадами розвитку як асексуального. Якщо ж дане питання таки має місце в сім'ї чи в школі, акцент робиться здебільшого на побоювання щодо вразливості, захворювань, вагітності і неприйнятної поведінки, що пов'язані із сексуальністю [42].

Людська потреба доторків і любові часто губиться за незручністю теми сексу для суспільства. Замість того, щоб бути частиною люблячих відносин, сексуальність стає окремим і виключно фізичним суб'єктом. Сексуальність напряду пов'язана з фізичним, психологічним і емоційним здоров'ям. Батьки можуть зменшити вразливість своїх дітей підлітків, говорячи з ними про сексуальність, тим самим сприяючи їх соціальним взаємодіям [43].

Беручи до уваги сьгоднішні можливості освіти, праці, соціального життя і відпочинку молодь з вадами розвитку таки має вибір щодо своєї участі в житті соціуму. Надання сексуальності належної уваги є критично важливим аспектом для якості цієї участі [44].

Батьки і фахівці в сфері психічного здоров'я прагнуть, щоб діти мали добру думку про самих себе. Висока самооцінка є тим, що спонукає розвивати дружні стосунки, ризикувати у житті та бути сексуально здоровим. Самооцінка бере початок з позитивного бачення себе, яке, в свою чергу, походить від особистого успіху[45].

Підлітки хочуть знати, що вони є важливі для інших, що вони можуть впоратись зі щоденними реаліями свого життя, і що вони мають контроль над своєю поведінкою і почуттями. Взаємодія (як позитивна, так і негативна) із людьми у житті впливає на становлення їхньої самоідентичності і здорової самооцінки. Відносини, сповнені любові і турботи, є важливою частиною життя і ключовою умовою здорового процесу дорослішання [45].

Батьки можуть бути найкращим джерелом інформації для своїх дітей. і мають можливість надавати інформацію в так звані моменти навчання. Щоправда батьки можуть затруднитись питанням, як передати інформацію так, щоб вона дійсно несла узагальнення про справжнє життя. Ці хвилювання надмірні, адже сексуальність починається з народження. Діти навчаються спостерігаючи за відносинами батьків, їх вербальними і невербальними реакціями на об'єкти та події. Підлітки можуть соромитись говорити про секс. Вони можуть зовсім не хотіти відкриватися батькам на цю тему, вважаючи її табу. І все ж їм потрібна інформація [43].

1.2.2. Сексуальне дозрівання та формування сексуальної ідентичності дітей з РСА: рекомендації батькам

Коли дитина досягає статевої зрілості, сім'я може розглядати цей час зі змішаними почуттями. З одного боку, це гордість за те, що їхня дитина перетворюється на дорослу. З іншого боку батьки можуть сприймати цей період з тривогою, не знаючи як пояснити всі зміни своїй дитині. Для дитини з РСА фізичні зміни, які вказують на зростання зрілості, можуть бути зовсім недоречними, порівняно з рівнем розвитку цієї особистості в інших аспектах свого життя, наприклад в академічних та соціальних навичках. Це може бути шоком для батьків – визнати, що їхня дитина отримує тіло дорослого, в той же час не маючи відповідного когнітивного розвитку, який мав би супроводжувати ці зміни [47].

Якщо у дитини з РСА є помірні або тяжкі труднощі з мовою та абстрактним мисленням, їй не обов'язково знати причини, що лежать в основі змін, що відбуваються під час статевого дозрівання. Підготовка таких дітей має менше стосуватися інформування про те, коли і чому відбудуться зміни, і більше навчати відповідних реакцій на речі, які відбуваються, наприклад, під час менструації і мастурбації, зокрема, гігієни під час менструації і конфіденційності під час мастурбації [45].

Якщо дитина виявляє усвідомлення того, як люди похилого віку фізично відрізняються від неї, це прекрасна відправна точка для обговорення. Помітивши бороду, груди або волосся під пахвами в інших – дуже відчутний візуальний знак для людини з РСА про відмінності від неї. Для дітей дошкільного віку слід починати пов'язувати ці візуальні ознаки з набуттям тіла дорослого [47]. «У дівчинки ростуть горбики на грудях, тому що вона перетворюється на дорослу»; «у жінки є більші горбики, тому що вона вже доросла» [48]. Показ батьками їх дитячих фотографій різного віку, з метою продемонструвати, як вони виглядали різними, також може бути корисним. Ще одним ефективним методом візуальної

підказки буде зображення тіла на папері з поясненням щодо того, як воно виглядає в різний вік [49].

Дитячу обізнаність щодо відмінностей можна поступово розширювати. Наприклад, наступним рівнем інформації про «горбики на грудях жінки» може бути обговорення того, що вони називаються «груди» та озвучення інших альтернативних назв для них [50].

Далі йде обговорення того, що груди розвиваються для годування немовлят, коли жінка є дорослою. Дитина також повинна дізнатися, що груди є приватною територією і їх не можна торкатись без дозволу [50].

Для дітей середнього шкільного віку слід починати використовувати слово «дозрівання», наприклад, «період статевого дозрівання є часом, коли тіло дитини перетворюється в тіло дорослого». При цьому батькам слід зазначити, що, як дорослі, вони вже через це пройшли [52].

Надалі, коли дитина помічає фізичні відмінності в інших людей, це можна обговорити в контексті «дозрівання». Розуміючи відмінності в інших, особа з РСА може почати зауважувати власний перехід від дитини до дорослого. Таким чином дітей можна навчити, яких змін їм слід очікувати в їхньому власному тілі, і про причини цих змін. Робити це слід ясно і зрозуміло, оскільки людина з РСА не обов'язково зможе спроектувати на себе розуміння того, що вона бачить в інших. Тому необхідно надавати чіткі твердження, наприклад, «коли ти ставатимеш дорослим, в тебе також буде волосся під пахами» [52].

Інша інформація, яку слід пояснити індивіду з РСА є той факт, що зміни у нього будуть відбуватися лише ті, що пов'язані з однією статтю (наприклад, у хлопчика не почнуть рости груди) [51]. Для дитини з РСА вияснення таких нюансів є важливим, і не можна залишати її з ними наодинці (наприклад, дитина може подумати, що в кінцевому результаті все тіло поступово вкриється волоссям. Тому треба пояснити, що додаткове волосся росте лише під пахами і на лобковій області у жінок, а також на грудях і підборідді чоловіків) [51].

Деякі батьки можуть відтягувати час обговорення, так як підготовка, на їх думку, може збільшити тривожність дитини. Оскільки ніколи не можна з впевненістю сказати, в якому віці почнеться статеве дозрівання, деякі батьки не хочуть бентежити свою дитину інформацією, яка може бути недоречною на даний час. Рекомендується надати приблизний віковий діапазон, в якому можна очікувати зміни дитини для того, щоб допомогти зменшити цю невизначеність [47].

Середній вік початку статевого дозрівання для дівчат становить 11 років, з можливістю того, що він може розпочатися вже у віці 8 років. Середній вік для хлопчиків, які починають статеве дозрівати, становить 12-13 років, хоча він може початися ще в 9,5,5 років. Крайнім для початку обговорення пубертату є час, коли дитина починає проявляти перші фізичні зміни статевого дозрівання, наприклад, збільшення грудей у дівчаток, або прискорення росту у хлопчиків (руки і ноги при цьому можуть видаватись завеликими і незграбними). Якщо не підготувати дітей з РСА до змін, вони можуть злякатися, подумавши, що їхнє тіло змінюється у зв'язку з хворобою [47].

Враховуючи схильність до візуалізації осіб з РСА, інформація про зміни тіла в період статевого дозрівання найкраще наводиться наочно. «Соціальна історія» є ідеальним форматом для цього [53]. Соціальна історія може бути персоналізована для кожної дитини індивідуально, і окрема соціальна історія може бути написана для кожної зміни тіла, яку дитина може очікувати. Можна використовувати таку фразу, як «я перетворююсь в чоловіка/жінку». Багато описових речень можна використовувати для чіткого викладу фактів. Ось кілька прикладів тем, які повинні бути висвітлені в соціальних історіях [47].

Теми для публіки соціальних історій для дівчат:

- розвиток грудей і розширення стегон (можна назвати «форма мого тіла зміниться»)
- розвиток волосся на лобку та під пахвами («виросте додаткове волосся»)
- початок менструації («я почну мати свій період»)

- прискорення росту (назва «я буду вища») [53].

Теми для соціальних історій для хлопчиків:

- прискорення росту («я буду вищий»)
- ріст волосся на лобку, під пахвами та на обличчі («виросте додаткове волосся»)
- збільшення яєчок і статевого члена («моє тіло буде виглядати інакше»)
- спонтанні ерекції, продукування сперми, вологі сни («моє тіло буде робити нові речі», або використовувати спрощені назви цих термінів як заголовок)
- мутація голосу (заголовок «мій голос звучатиме по-іншому») [53].

У деяких книгах про дорослішання трапляються корисні додатки із «правильною» термінологією для частин тіла та подій під час статевого дозрівання, а також деякі загальноприйняті сленги, які дитина може почути від однолітків [47]. Враховуючи тенденцію до літературної інтерпретації мови дитини з РСА, важливо інформувати її щодо наявності синонімів, аби вона могла зрозуміти, що такі слова, наприклад, як «цицьки», стосуються грудей. В іншому випадку дитина може бути збентежена розмовами своїх однолітків, і їй не спаде на думку попросити роз'яснення. Нерозуміння часто викликає тривогу. Включення сторінки в кожній соціальній історії з альтернативними термінами, пов'язаними з темою дорослішання, сприятиме розумінню [45].

Існують й інші ресурси для пояснення пубертату. Так для дівчаток розвиток грудей, волосся на лобку та управління менструаціями розглядаються візуально в книзі «Спеціальний бізнес для дівчаток» [50]. Зміни в настрої також обговорюються в цьому ресурсі і підкреслюють, що зміни є позитивною складовою того, як стати жінкою. Рекомендується мати кілька ідей як допомогти з дискомфортом, пов'язаним з менструацією, а також як ці ідеї унаочнити [50].

Дівчинка-підліток можливо й не зможе сама собі зарадити спочатку, але коли батьки помічають дискомфорт, зразу слід надати підтримку, використовуючи візуальні підказки доти, поки вона не зможе самостійно подбати про себе [44].

Якщо для едукації батьки використовують відеоматеріали, їм наполегливо рекомендується переглядали їх перед тим, як давати дивитись своїй донці. Також варто дивитись матеріал разом з нею, щоб визначити, скільки інформації їй надається, а також відповідати на запитання, якщо такі виникатимуть [55].

Гормональні зміни, що є частиною фізичних змін статевого дозрівання, можуть призвести до змін настрою. Важливо, що підліток з РСА розуміє, що позитивні та негативні почуття будуть частиною переходу в доросле тіло. Дівчата, які мислять логічно і оперують фактами, можуть зацікавитись тим, щоб визначити свій власний настрій на календарі, щоб побачити, чи існує циклічність, що збігається з їх менструальним циклом. Рекомендується мати набір ідей, як допомогти дітям хлопчикам і дівчатам, коли їхній настрій є поганий. Знову ж таки, рекомендується, щоб вони були представлені візуально [56].

Наприклад, можна намалювати сумний смайлик і знизу підписати:

Коли я почуваюсь розчарованим або сумним, я можу:

- послухати музику
- подрімати
- пограти на комп'ютері
- побути наодинці
- почитати книгу
- переглянути фотоальбом [55].

Багато дорослих припускають, що статеve дозрівання – час неминучого поганого для дитини. Деякі навіть думають, що депресія є очікуваною частиною перебігу пубертату. Депресія відрізняється від нормальних коливань настрою як частина статевого дозрівання і характеризується низькою самооцінкою, відчуттям нікчемності та униканням активностей, які раніше приносили радість [55].

Крім того, депресія може виражатись в підлітків з РСА через порушення сну та прийому їжі, які помітно відрізняються від звичайної поведінки, збільшеною дратівливістю або надмірною сонливістю, що контрастує з звичайною поведінкою людини. Депресія не є «нормальною» частиною переходу до дорослого віку, і вищезазначені симптоми повинні бути обговорені з підлітком як вихідний пункт [52].

Більшість підлітків починають цікавитися протилежною статтю в романтичному сенсі (або ж тою самою статтю, оскільки серед дітей з РСА таке трапляється з тою ж частотою, що й в нейротипових). Особа з РСА може захопитись іншою людиною (так само як вони можуть бути одержимі будь-якою іншою темою, яка їх цікавить). Складність полягає в тому, що людина з РСА може бути не здатною інтерпретувати знаки від іншої особи щодо того, чи є інтерес взаємним. У цьому випадку, людина з РСА повинна мати чітку інструкцію про те, що хтось її вподобав, або ж навпаки, що хтось не цікавиться нею в романтичному плані. В таблиці 1.3 запропоновані деякі з них [52].

Табл. 1.3

Коротка інструкція для дітей з РСА щодо виявлення наявності фактору зацікавлення ними певної особи

Зацікавлення	Відсутність зацікавлення
<ul style="list-style-type: none"> • підтримує сильний зоровий контакт • нахиляється вперед, щоб почути що ти кажеш • посміхається/сміється над твоїми жартами • торкається волосся • ініціює розмову 	<ul style="list-style-type: none"> • дивитися вбік • відвертається/відходить • не виглядає веселим • тримає руки схрещеними • не підтримує розмову

Підліток з РСА, через соціальну незрілість, може не проявляти романтичного інтересу до інших значно довше, ніж його однолітки, незважаючи на свою статеву зрілість. У цьому випадку дитина повинна бути поінформована про те, що симпатія до іншої людини може статися в майбутньому [52]. Дитину можна навчити, що почувуючись збентежено, перебуваючи поруч з іншою людиною, і думаючи про цю людину багато часу показує, в нього проявляється симпатія до неї [52]. Розмовляючи з дитиною з РСА, можна допомогти зняти для них завісу таємничості, пояснивши, що їх однолітки змінюють поведінку від спілкування зі своєю статтю до спілкування з протилежною, фліртом, дотиками та хизуванням, щоб завоювати увагу потенційної майбутньої дівчини/хлопця. Це може допомогти їм зрозуміти, що відбувається навколо них. Це також може допомогти їм зрозуміти, що така поведінка, як дразнення, жартівливі штовхани тощо, можуть свідчити про те, що однокласник просто фліртує з однокласницею, а не ображає її, і це не щось, про що потрібно повідомити вчителя, і за що слід бути покараним [53].

Мастурбація є нормальним явищем як для чоловіків, так і для жінок, і вона не являється шкідливою. Статистика свідчить, що 95% чоловіків і 50% жінок мастурбують. Малі діти отримують задоволення від торкання себе, але важливо говорити про те, де і коли мастурбація є соціально прийнятною [44].

Ще змалку варто починати давати знати дітям, що приватність є важливою частиною сексуальності.

Батьки повинні знайти рівень комфорту і бути наставниками. Вважається що люди з вадами розвитку мастурбують частіше. У деяких випадках це дійсно так і обумовлено це браком друзів і сексуальних відносин. Для деяких дорослих з вадами розвитку масутрбація може бути єдиним вивільненням їхнього сексуального бажання. Вона також є фізичним вивільненням занепокоєння, яке в іншому випадку могло б виразитись неадекватно. Для деяких сімей мастурбація може стримуватись у зв'язку з релігійними цінностями. Тому переоцінка і переосмислення цього явища перед тим, як почнуть відбуватись

зміни. проте навіть ті релігії, які попередньо відкидали масурбацію, тепер мають дещо іншу точку зору [45].

Отож, статеве дозрівання, як правило, є періодом посиленого статевого потягу. Мастурбація – це природний процес реагування на потреби організму, які залишаються незадоволеними. Підлітки з РСА мають такі ж потреби в цьому відношенні, як і всі інші підлітки. Проблема може виникнути, коли людина не розуміє, що це діяльність, яку люди роблять наодинці. Навчання про те, що це не повинно відбуватись в публічних місцях, може бути забезпечене використанням соціальної історії [45].

Приватне місце – місце, де інші люди не можуть бачити тебе. Враховуючи труднощі людей з РСА (не можуть подивитись на щось з чиеїсь точки зору), дитина може бути не в змозі визначити, що являє собою приватне місце. Тому рекомендується зробити перелік публічних та приватних місць, щоб закріпити розуміння цього (див. Таблиця 1.4) [56].

Табл. 1.4

Приклад переліку приватних та публічних місць для дітей з РСА

Приватне місце (можна мастурбувати)	Публічне місце (не треба мастурбувати)
<ul style="list-style-type: none"> • У власній кімнаті за зачиненими дверима і шторами • У туалеті за закритими дверима • У ванній за закритими дверима • У шкільному туалеті за закритими дверима • У туалеті торгового центру за закритими дверима 	<ul style="list-style-type: none"> • Всі інші кімнати в будинку • Шкільні класи • У магазинах • У гостях • В машині • У парку

Використовуючи цей формат, можна також обговорювати інші типи поведінки, які повинні відбуватись наодинці (наприклад, роздягання, сечовипускання –необхідно детально вказати всі поведінки такого роду, оскільки узагальнення часто не працюють у випадках з особами з РСА [56].

Дитині з РСА також слід пояснити, що не потрібно мастурбувати кожен раз, коли вона перебуваєте у приватному місці.

Незважаючи на те, що більшість підлітків розуміють своє статеве бажання і знаходять спосіб задовольнити його мастурбацією, дитина з РСА може і не мати цього розуміння, і може потребувати помочі, щоб зрозуміти, як реагувати на такі бажання [56].

Хоча торкання себе на публіці викликає занепокоєння, батьки також повинні допомогти своїй дитині зрозуміти, які торкання інших також являються недоречними. Крім того, особи з РСА повинні знати, що інші не можуть торкатися їхніх приватних частин без їх згоди [58].

«Добрі» і «погані» доторки починаються з того, як дитину торкаються з самого початку. Діти, які не спілкуються вербально, можуть виражати в певний спосіб задоволення чи біль, схвалення чи невдоволення. Те, що вони не розмовляють не обов'язково означитиме, що вони взагалі нічого не сприймають. Використання слів, доторку і мультимедійних матеріалів може бути необхідним для пояснення доброго і поганого доторку. З'ясовано, що випадки насилля є частішими з тими, в кого є вади і ще в більшій мірі частіші з людьми, які є невербальними [48]. Як стверджує Корнелія Андерсон у своїй книзі «підтримуйте контакт», якщо взагалі перестати торкатись своїх дітей замість того, щоб запобігти насиллю і нарузі, такий вибір здатен ще більше погіршити ситуацію. До прикладу одна з причин небажаної вагітності і небезпечного сексу є те, що підлітки спрагли уваги і любові, і єдиний відомий їм спосіб отримати це – секс. Усі потребують підбадьорюючого доторку від народження до смерті, і якщо це підбадьорення заборонене, то люди задовольнятимуть цю потребу через насильний доторк [57].

Особиста гігієна може бути серйозним питанням для батьків, коли їхня дитина переживає статеве дозрівання. Пубертатний розвиток із збільшенням волоссям і активізацією потових залоз може призвести до неприємних запахів, які дитина з РСА може не трактувати як причину для занепокоєння. Людина

може не розуміти, як інші сприймають її, а також не розуміти, що є соціально прийнятним, або може уникати догляду за собою через неприємні сенсорні відчуття, пов'язані з чищенням зубів і розчісуванням чи миттям волосся [59].

Ніхто не може з впевненістю передбачити, як людина реагуватиме на виклики статевого дозрівання. Особа може потребувати допомоги з усіма одразу проблемами, згаданими в цій роботі, або ж не потребувати допомоги зовсім. Бути заздалегідь поінформованими для батьків або опікунів всього лиш означає що для них не виникне несподіванок і невизначеностей в тому, як підходити до цих викликів, якщо вони все-таки виникнуть [59].

1.3. Теоретична модель особливостей сексуальної поведінки дітей з РСА

Провівши аналіз літературних джерел, побудовано модель особливостей сексуальної поведінки дітей з РСА (див. Схема 1).

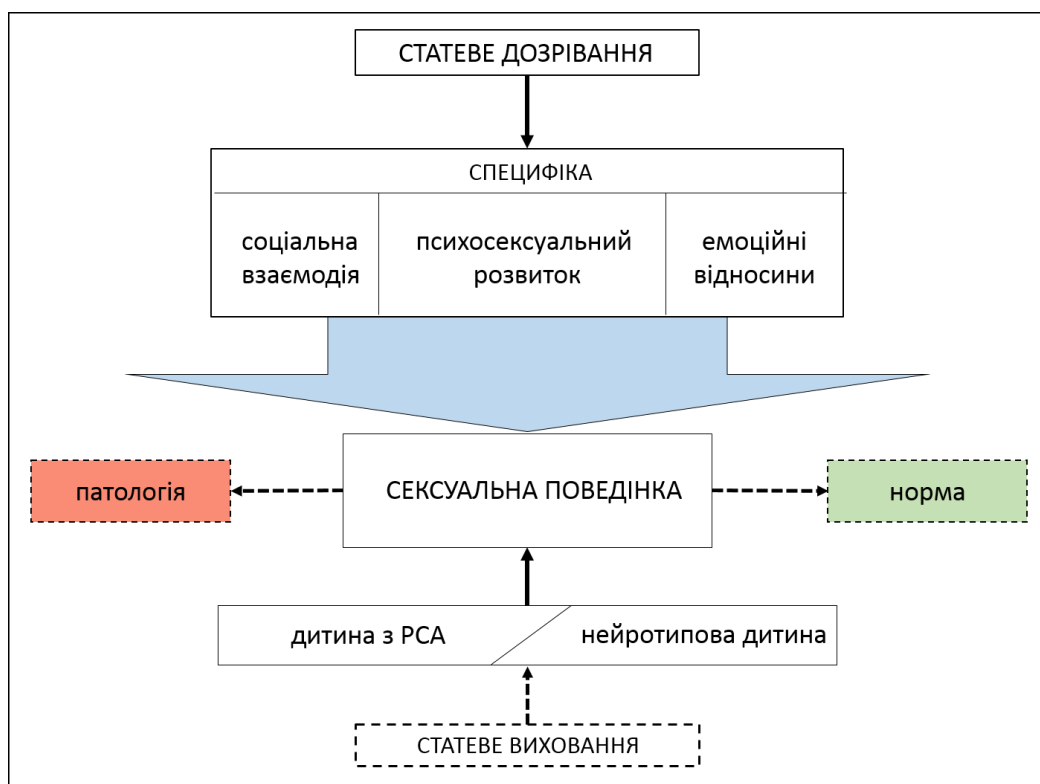


Схема. 1. Теоретична модель сексуальної поведінки дітей

Для фахівців у галузі охорони здоров'я важливо мати достатню базу знань щодо сексуального розвитку в дитинстві, знати, як розрізняти проблемну та нормативну сексуальну поведінку, а батькам відповідним чином давати оцінку поведінки.

Огляд літератури показує, що сексуальна поведінка є звичайним явищем у дитинстві, хоча деякий тип поведінки є рідкісним незалежно від віку [26].

Частота поведінки, з поправкою на рівень розвитку та рівень шкоди, може допомогти медичним працівникам оцінити, чи є сексуальна поведінка типовою або проблематичною. Дослідження показують, що розвиток сексуальної поведінки дітей з РСА, як і нейротипових дітей пов'язаний з різноманітними дитячими, сімейними, розвиваючими і соціальними факторами. Запропоновано рекомендації щодо клінічної допомоги даній цільовій аудиторії, а тематичне дослідження висвітлює правильну оцінку та прийняття рішень фахівцями у сфері охорони здоров'я [26].

В той час як в Україні ситуація являється справді плачевною, в світі вже встигли провести низку досліджень на дану тематику:

- Психосексуальний розвиток людей з РСА:
 - особливості сексуального дозрівання
 - специфіка емоційних відносин [2]
 - як уникнути невідповідних реакцій підлітків на ознаки пубертатного стану?
 - як говорити з підлітками про статеве дозрівання (менструація, мастурбація, візит до гінеколога та ін.)?
 - від розквіту сексуальної потреби до сексуальної активності.
- Сексуальна потреба у людей з аутизмом - норма і патологія форми вираження, аномальна поведінка [3].
- Як реагувати на прояви сексуальності молоді з РСА, включаючи їх життєві умови?

- інтерес до сексуальних проблем, порнографія
 - прагнення задовольнити сексуальні потреби шляхом залучення до статевого акту.
- Як співпрацювати з батьками дітей з розумовими вадами, аутизмом? Практичні поради [4].

Якщо навчити цьому й наших українських спеціалістів, а надалі і батьків дітей, які страждають аутизмом, то багато проблем і труднощів якщо не зникнуть, то принаймні перестануть бути незрозумілими і нездоланими.

1.4. Висновки до I розділу

В даній роботі основна увага приділена дослідженню сексуальної поведінки дітей. Відправною точкою для проведення пошуків літератури було документування якомога новіших результатів емпіричних досліджень. Надалі акцент робився на описі найбільш повних і найчастіше цитованих міжнародних досліджень, в тому числі на огляді результатів шведських досліджень, проведених в останні роки. Для кращого розуміння ситуації, пов'язаної з дитячою сексуальністю, коротко описані різні погляди щодо даної тематики, сформовані у XX столітті [14].

Як зазначалося вище, сексуальність не надається людині раз і назавжди, вона змінюється з часом, місцем, поколінням, культурою і суспільством. Те, що вважається нормальною дитячою сексуальною поведінкою може змінюватися від одного періоду до іншого. Тому важливо володіти сучасною базою знань щодо дитячої сексуальності, на основі чого необхідно створити умови життя дітей у нашій країні. Емпіричні дослідження, а також перевірений досвід у цій галузі є найважливішими кроками до цих змін [14].

Важливо, щоб і хлопчики, і дівчатка мали можливість навчитися називати свої статеві органи так само, як вони мають відповідні слова для інших частин тіла. Важливо також поважати приватність дитини і обережно підходити до

питань, що стосуються сексуальності в різний віковий період. Відсутність знань про власне тіло та власні фізичні та емоційні відчуття можуть зробити дитину більш вразливою та призвести до замкнутості у випадку, якщо вона раптом зазнала насильства. У той же час сексуальність – це сфера приватності та інтимності, розмови про яку можуть бути нелегкими, а іноді зовсім не бажаними. Невизначеність у дорослих щодо сексуальності може, однак, означати, що діти залишаються наодинці зі спробами вирахувати що є прийнятним, а що ні [15].

Крім того, надзвичайно важливо, щоб фахівці, які контактують з дітьми у своїй роботі, усвідомлювали, як може бути виражена сексуальна поведінка у дівчат і хлопчиків відповідно. Це допоможе визначати, що є природним психосексуальним розвитком, а що – поведінкою, що вказує на відхилення від норми. Фахівці, які займаються питаннями дитячої сексуальності потребують платформи, де б вони могли зустрічатися, щоб обмінюватись знаннями і та розширювати професійний кругозір [20].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ

2.1. Методи та процедура дослідження

Для реалізації мети даного магістерського дослідження були виділені наступні завдання:

1. Чітко визначити учасників дослідження та забезпечити їхню участь у експерименті.
2. Підібрати методичний комплекс для оцінки особливостей сексуальної поведінки дітей.
3. Опитати учасників дослідження.
4. Провести математико-статистичну обробку отриманих даних.
5. Здійснити аналіз результатів дослідження.
6. Інтерпретувати отримані результати.
7. На основі отриманих даних сформулювати висновки та практичні рекомендації для батьків.

Перед тим, як проводити дослідження, були сформульовані наступні *гіпотези*:

1. Ймовірно, сексуальна поведінка дітей з РСА відрізняється від поведінки нейротипової дитини.
2. Припускаємо, що діти, в яких діагностовано РСА, більш схильні до мастурбації інтимних зон порівняно з нейротиповими дітьми.
3. Припускаємо, що діти, в яких діагностовано РСА, рідше цікавляться темою сексуальності, ніж нейротипові діти.

Методи. Для вирішення поставлених нами завдань ми використовували такі загальнонаукові *методи*, як аналіз, синтез, індукція, дедукція, моделювання та системний підхід. З *конкретних* методів нам послуговували: бесіди, спостереження, опитування. При обробці даних було застосовано *математично-*

статистичні методи: статистичної перевірки гіпотез (t-критерій Стьюдента), кореляції рангу Спірмена, методи описової статистики.

Методики дослідження. Зважаючи на те, що досі бракує емпіричних досліджень щодо дитячої сексуальності та сексуальної поведінки загалом у світі, ми не виявили жодного опитувальника щодо дитячої (а також дорослої) сексуальності українською мовою. Тому, взявши за основу опитник Тоні Кавани Джонсон [61], яка в свою чергу розробила його на основі праці Др. Вільяма Фрідріха [62], нами було перекладено українською мовою і адаптовано *«Опитник щодо сексуальної поведінки дітей»* (надалі ОСПД) (див. додаток А).

Даний опитник був розроблений як спеціальний інструмент для оцінки проблемної сексуальної поведінки дітей віком до 12-ти років. ОСПД пропонує описову історію або ж узагальнений запис дитячої сексуальної поведінки з перспективи батьків/опікунів. Цей опитник надає опорні дані, на основі яких може розроблятися подальший план корекції. Багато фахівців користуються опитником як інструментом первинного обстеження дітей, які пережили сексуальне насильство. Він задає рамки для обговорення з батьками/опікунами і вказує на ту поведінку, яку слід взяти до уваги фахівцю терапевту під час надання курсу допомоги. Без точної постановки питань і документованості сексуальна поведінка дітей часто залишається дуже неясною темою. Це пов'язано з тим, що батьки неохоче обговорюють проблеми даного характеру. Опитник надає список усіх типів сексуальної поведінки. Все, що потрібно батькам – вказати, чи даного типу поведінка мала місце у житті їх дитини. Деякі батьки соромляться використовувати певні слова для опису сексуальної поведінки, або просто не знають якою термінологією користуватись. Опитник допомагає справитись з цими труднощами [61].

За наявності потреби корекції проблемної сексуальної поведінки, необхідно знати всю історію такої поведінки. Після курсу терапії дитячої сексуальної поведінки опитник можна заповнити знову і порівняти з першими показниками, щоб при потребі розробити подальший план дій. Часто, вирішивши

проблему одного типу проблемної поведінки (найвагомішої на певний момент) інші можуть зникнути автоматично.

Застосування ОСПД. Для деяких батьків заповнення даного опитника може викликати труднощі. З цієї причини не рекомендується висилати опитник для заповнення вдома, попередньо не проконсультувавши респондентів. Слід повідомити батькам, що інформація, яку вони надають, а також їхні правдиві чесні відповіді щодо поведінки їхніх дітей є дуже важливим [61].

Існує 3 частини даного опитника.

Перша містить більш ніж 150 типів дитячої поведінки, що має відношення до сексу і сексуальності – від природного і здорового дитячого дослідження до поведінки дітей, яка може призвести до серйозних труднощів цієї сфері. Поведінка в санвузлі включена в цей опитник, оскільки вона може бути частиною клінічної картини дитини з поведінковими проблемами сексуального характеру оскільки сексуальна поведінка – це не просто статевий акт, а також і діяльність, пов'язана із участю статевих органів. Поведінка групуються за типом для простоти розуміння [61].

Список нижче – поведінка, яка зустрічається найчастіше у дітей віком до 12-ти років і яка, як правило, не є проблемною.

- A.1. Цікавиться, звідки беруться діти.
- A.2. Розповідає про бажання мати дитину.
- A.3. Запитує питання про секс.
- A.4. Цікавиться фізичними відмінностями між хлопцями та дівчатами.
- A.5. Запитує, чому у дівчат немає пеніса.
- A.6. Говорить негативно про дітей протилежної статі: «дівчатка – дурні», «хлопчики – шумні дурники».
- A.7. Секс та/або романтичні відносини є частиною дитячої гри.
- A.8. Любить спостерігати сексуальну взаємодію на телебаченні, відео або в кіно.
- A.11. Грає в «дочки-матері» з дітьми.
- A.12. Грає «лікаря» чи «лікарню» з дітьми.

V.2. Просить обіймів / обіймає дорослих.

C 1. Мастурбує наодинці.

D.1. Поводиться як мама/тато по відношенню до братів і сестер.

D.2. Поводиться як мама/тато по відношенню до інших дітей.

E.1. Використовує нецензурну лексику сексуального змісту грайливою, жартівливому тоні.

G.10. Відмовляється купатися з іншими.

J.1. Не хоче роздягатися на очах у інших.

J.6. Намагається побачити інших людей голими.

L.1. Розповідає «брудні» жарти.

L.3. Розмови про секс/сексуальні речі з друзями.

L.4. Розмовляє в романтичній манері про дітей.

Q.3. Цілує / намагається поцілувати дорослих у сім'ї.

S.1. Він хапається за свій пеніс коли наляканий, сонний чи збуджений.

U.1. Має особливі назви для своїх інтимних зон.

U.2. Вважає, що чоловіки / хлопці розумнішими і кращими, ніж жінки/дівчата.

U.3. Вважає, що жінок/дівчат розумнішими і кращими за чоловіків / хлопців.

Частина 2 стосується аспектів життя дитини, які можуть збільшити частоту сексуальної поведінки. Наприклад, доступ до порнографії, оголеності, інтернету, пережитий досвід насильства, те як і з ким дитина спить, чи бачила вона насилля між людьми, яких знає. Поведінка мусить бути оцінена на наявність потенційних факторів, які можуть бути змінені задля зменшення сексуальноповедінкових проблем.

Частина 3 інформує про поведінку дитини по відношенню до інших дітей. Якими були вік і стать дітей, з якими дитина вступала в цю поведінку. Яким чином дитина залучала інших дітей вступити в цю поведінку. Як налаштована дитина щодо сексуальної поведінки, особливо коли її безпосередньо про це запитують. Питання 6 на сторінці 9 «Чи дитина має

сексуальну проблему?» Є 5 можливих відповідей. Це дуже важливе питання, на яке респонденти повинні дати свою оцінку.

Якщо поведінка, що потрапила під категорію «робив/-ла» (див. додаток А) була проблемною, терапевт, який оцінює анкету, повинен визначити чи ця поведінка зникла в результаті втручання і допомоги дорослих. Якщо необхідне подальше втручання, інформація про те, як попередня проблемна була вирішена, буде корисною.

Можливо також, що дитина продовжує виконувати поведінку з категорії «робив/-ла», але респонденти цього не знають. Це може свідчити про здоровий потяг дитини приховувати сексуальну поведінку. Більшість дітей скритно ставляться до природних і здорових форм поведінки, пов'язаних із сексом і сексуальністю, які батьки не хочуть бачити. Дослідження показують, що приблизно 90% дорослих повідомляють, що будучи дітьми свого часу, дорослі не знали про їх сексуальну поведінку [61].

Оскільки сексуальна поведінка тісно пов'язана із соціальною взаємодією, окрім трьох частин ОСПД в дослідженні було використано *«Анкету щодо сексуальної комунікації»* (див. додаток Б), розроблену на основі *«Соціально-комунікаційного опитника»* [63], який також було перекладено нами українською мовою і адаптовано (див. додаток В), та на основі Австралійської шкали для синдрому Аспергера [64].

Процедура дослідження. Перед початком дослідження респонденти були ознайомлені з формою опитника та всіма нюансами щодо його заповнення.

Так, з 12 березня 2019 року по 19 квітня 2019 року було опитано усіх респондентів, чиї дані стали основою даного дослідженні. Попри те, що ці дані вже оброблені та інтерпретовані, ми вирішили все ж не закривати доступ до онлайн-форми для охочих пройти наше опитування задля подальших досліджень в даній тематиці.

2.2. Характеристика групи досліджуваних

Дослідження проведено спільно зі спеціалістами Львівського обласного дитячого психоневрологічного диспансеру, а також Львівського міського центру реабілітації «Джерело», які частково забезпечили доступ до вибірки осіб з РСА дитячого віку. Решту респондентів було опитано в режимі онлайн за допомогою онлайн-форми.

У дослідженні взяло участь 49 батьків нейротипових дітей та 30 батьків дітей з РСА. Загалом із 79-ти учасників дослідження 30% становили дівчатка, решта – хлопці.

Опитування орієнтовано на батьків дітей віком 5-13 років. Таким чином даний віковий діапазон обмежений початком статевого дозрівання та початком пубертатом. Найбільша кількість учасників (20,7%), на основі поведінки яких респонденти відповідали на запитання, становить 5 років. Далі – батьки 6-ти і 8-мирічних дітей (по 12,6%).

2.3. Особливості сексуальної поведінки дітей, в яких виявлено РСА

Оскільки метою магістерського дослідження є проаналізувати особливості сексуальної поведінки дітей з РСА, були використані різні математико-статистичні методи опрацювання даних. Для того, щоб виявити відмінності в групі дітей, які мають РСА за показником сексуальної поведінки використано *порівняльний* аналіз за методом t-тестом Стюдента (див. додаток Д). Результати порівняльного аналізу показали, що група дітей, в яких діагностовано РСА, демонструють нижчі показники за шкалами “Інтерес до сексу та сексуальності” (ІСС) ($M=0,345$, $p<0,05$) та “Піклується про інших/поводиться як мама/тато” (ППТМ) ($M=0,620$, $p<0,05$), а також вищі показники за шкалами “Торкається себе/мастурбує” (ТСМ) ($M=0,862$ $p<0,05$) та “Поведінка у туалетній

кімнаті” (ПТК) ($M=0,924$, $p<0,05$) порівняно з групою нейротипових дітей (див. рисунок 2.1).

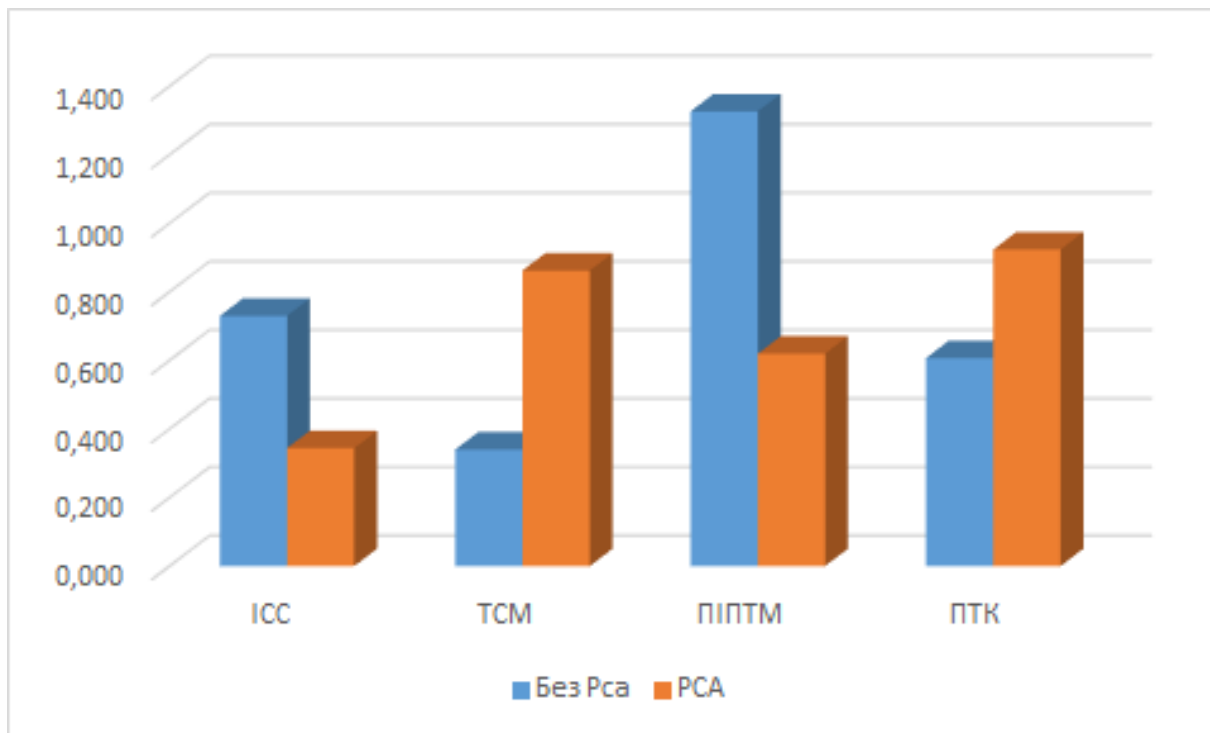


Рис. 2. 1. Столпчикова діаграма за результатами порівняльного аналізу щодо показників сексуальної поведінки дітей з РСА і нейротипових дітей

Діти, в яких діагностовано РСА, проявляють менший інтерес до теми сексу та сексуальності, порівняно з нейротиповими; вони рідше, цікавляться, звідки беруться діти, чому у дівчат немає пеніса; секс та/або романтичні відносини рідше є частиною їхньої гри; зовсім нечасто вони розповідають про бажання мати власну дитину.

Діти з РСА менш схильні до імітуючої поведінки, зокрема своїх батьків, припускаємо, що з цим і пов'язаний той факт, що вони рідше виявляють опіку над братами, сестрами чи іншими дітьми іншими; рідше говорять про бажання/потребу в піклуванні про своїх маму/тата.

Також вони більш схильні до мастурбації та подразнення своїх інтимних зон (статевих органів, анусу) як наодинці, так і вдома в присутності інших, а також в публічних місцях.

Поведінка в туалетній кімнаті (санвузлі) дітей з аутизмом є більш виражена, в ній спостерігається схильність до крайнощів. Наприклад, дослідження показало, що здебільшого діти з РСА або недостатньо добре витираються після відвідувань туалету, або ж навпаки - використовують забагато туалетного паперу. Також вони або категорично проти купатись з іншими, або виявляють настирливе бажання розділити ванну ще з кимось. Порівняно з нейротиповими дітьми, діти з РСА частіше знімають увесь одяг перед тим, як ідуть у туалетну кімнату. Часто вони справляють велику/малу нужду за межі унітазу. Інколи, але все ж частіше, ніж нейротипові, діти з РСА бавляться власними випорожненнями.

Для більш детального дослідження особливостей сексуальної сфери дітей з РСА був проведений *кореляційний* аналіз (див. дод. Е). В даній роботі найбільшу увагу ми звернули на ті кореляційні зв'язки, які зустрічаються лише в групі дітей з РСА. Зокрема ми побачили позитивну кореляцію між такими шкалами: ІСС та ППТМ ($r=0,437$, $p<0,05$), ППТМ та ВД ($r=0,422$, $p<0,05$), ПСХ та РХГ ($r=0,469$, $p<0,05$), ПСХ та ВД ($r=0,725$, $p<0,05$), РХГ та ВД ($r=0,521$, $p<0,05$), ДПІ та ВД ($r=0,654$, $p<0,05$) (див. рисунок 2.2).

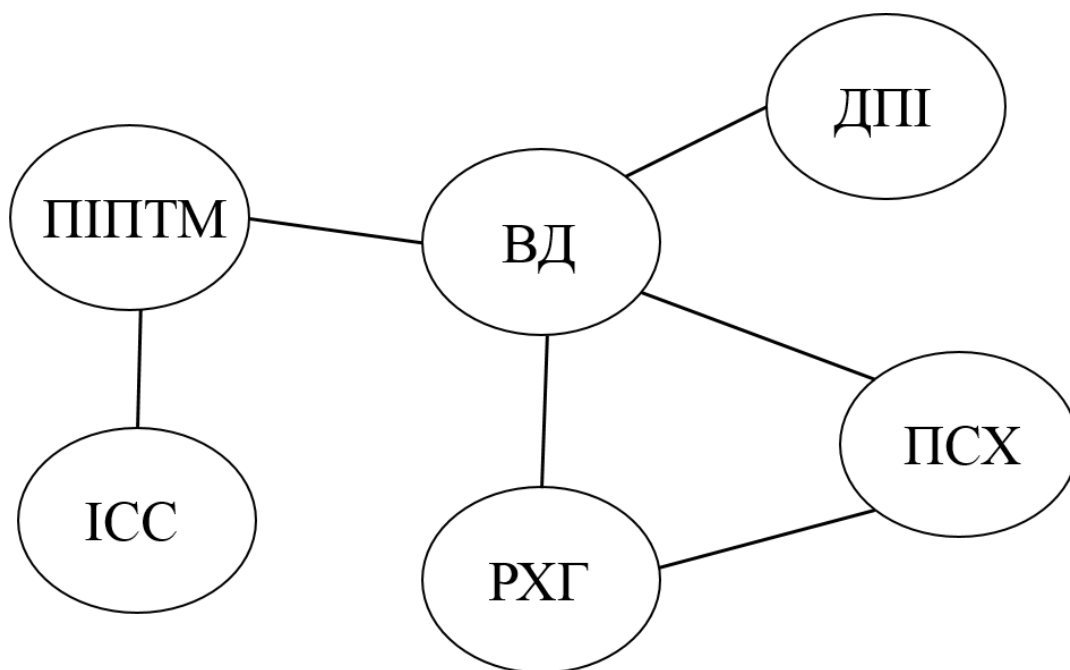


Рис. 2.2. Кореляційна плеяда для шкал ІСС, ППТМ, ВД, РХГ, ПСХ та ДПІ

Отже, ми бачимо, що у дітей з РСА зі зростанням/спаданням інтересу до сексу та сексуальності їх поведінка в туалетній кімнаті теж стає більш/менш вираженою.

В свою чергу, при збільшенні/зменшенні виразності поведінки у туалетній кімнаті зростає/спадає також усвідомлення дитини щодо власної статевої ідентичності та сексуальності загалом.

Наступне прямо пропорційне зростання/спадання показників спостерігається при поведінці сексуального характеру (танцює як підліток/дорослий; своїми жестами, ходьбою демонструє звабливу поведінку; імітує статевий акт у грі з іншими дітьми) та бажанні роздягатися, ходити голим.

При зростанні/спаданні усвідомлення дитини щодо власної статевої ідентичності та сексуальності поведінка сексуального характеру стає більш/менш активною; дитина з РСА частіше/рідше хоче роздягатись, ходити голяка; зростає/спадає зацікавлення щодо підглядань/спостережень за голими людьми чи їх інтимними частинами тіла.

Для того, аби побачити особливості сексуальної поведінки дітей з РСА також був проведений *факторний* аналіз та отримано матрицю факторних навантажень (див. додаток Ж).

Виявлено, що факторна модель із включенням шкал опитника по сексуальній поведінці пояснює загалом 75,83% всієї сукупності даних.

По вертикалі спостерігаємо поділ на п'ять факторів, більшість з яких має високе навантаження ($> 0,7$) на певні змінні. Як статистично значимі дані, ці змінні позначені червоним кольором.

Отже, в нашій моделі на основі кам'янистого насипу (див. рисунок 2.3) було виокремлено п'ять факторів.

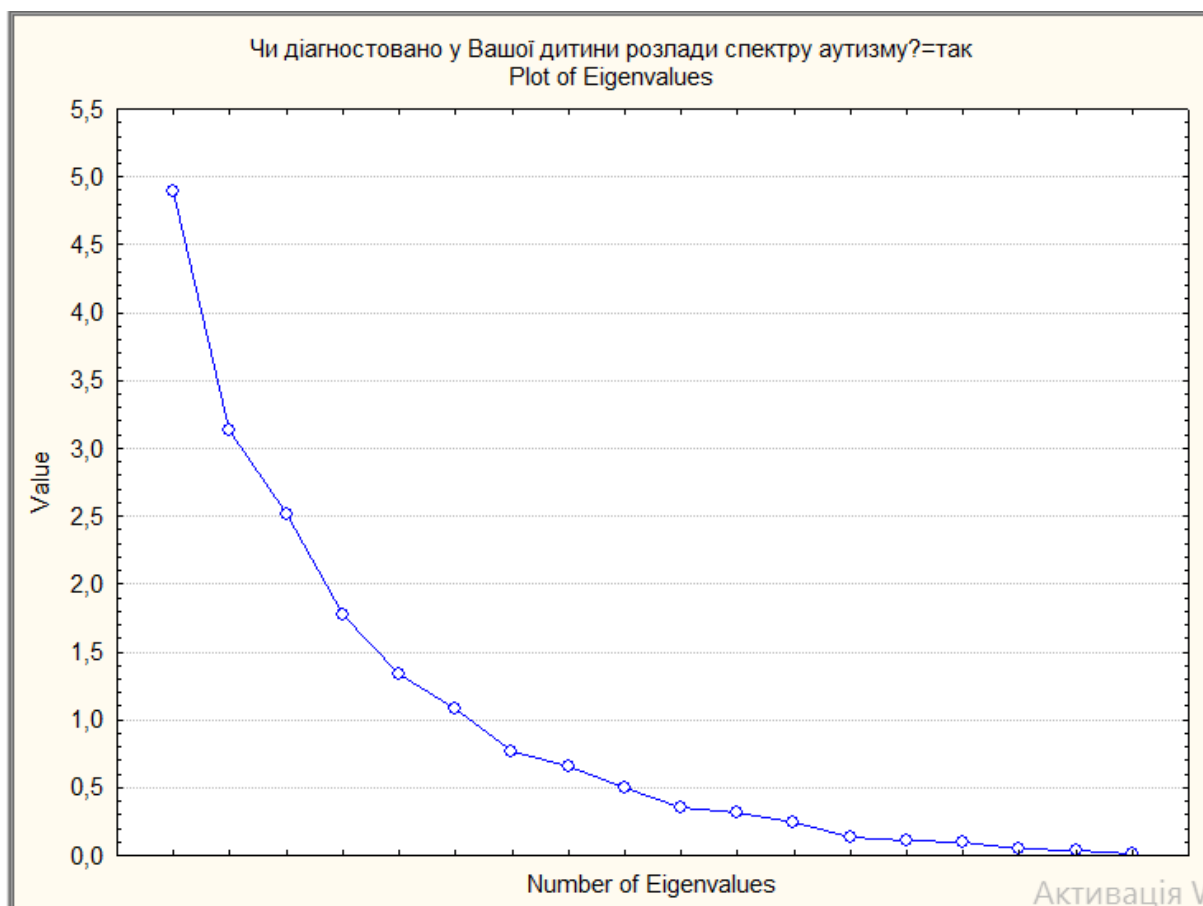


Рис. 2.3. Критерій кам'янистого насипу

Факторний аналіз при порівнянні двох груп досліджуваних показав, що їхні факторні моделі відрізняються. Зокрема, для дітей з РСА перший фактор, який пояснює 27,19% розсіюваності даних об'єднав шкали:

- ІСС (“інтерес до сексу та сексуальності”) - 0,835
- ППТМ (“підключається до інших/поводиться як мама/тато”) - 0,586
- ПСХ (“поведінка сексуального характеру”) - 0,794
- РХГ (“роздягається/ходить голим”) - 0,719
- РПРС (“розмовляє про речі, пов'язані зі сексом”) - 0,77
- ДПІ (“дивиться/підглядає за іншими”) - 0,818
- ВД (“для всіх дітей”) - 0,902

На основі цього ми назвали даний фактор “Ідентифікація сексуальності”. На відміну від них нейротипові діти до фактора першого, який пояснює 40% розсіюваності даних увійшли інші фактори.

Таблиця 2.1 містить значення дисперсії для кожного фактора, яка й вказує на його значимість. Значення дисперсії для п'яти факторів наведені у порядку спадання.

Табл. 2.1

Власні значення факторів

Чи діагностовано у Вашої дитини розлади спектру аутизму?=так				
Eigenvalues (Spreadsheet1)				
Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	4,895751	27,19862	4,89575	27,19862
2	3,130789	17,39327	8,02654	44,59189
3	2,518482	13,99156	10,54502	58,58345
4	1,769479	9,83044	12,31450	68,41389
5	1,334481	7,41378	13,64898	75,82767

Ми бачимо, що структурна модель нашого досліджуваного явища відрізняється в дітей з РСА від нейротипових. Важливі віху в сексуальній поведінці дітей з РСА відіграють наступні фактори:

- “Ідентифікація сексуальності”
- “Доторки” (ТД, ТД2 – торкається дорослих – торкається дітей/дорослих; ПТІЗД – просить інших торкнутись інтимних зон/подивитись на інтимні зони; ТСМ – торкається себе/мастурбує)
- “Фізична проблематика, пов'язана зі статевими органами” (ПТК – поведінка у туалетній кімнаті; ПКСМ – проблеми з кишківником/сечовим міхуром; ВСІЗН – виставляє себе/інтимні зони напоказ).

2.4. Висновки до II розділу

Для порівняння результатів опитування батьків дітей з РСА та батьків нейротипових дітей, було проведено t-тест Стьюдента. Результати порівняльного аналізу показали, що група дітей, в яких діагностовано РСА, демонструють нижчі показники за шкалами “Інтерес до сексу та сексуальності” (ІСС) та “Піклується про інших/поводиться як мама/тато” (ППТМ), а також вищі показники за шкалами “Торкається себе/мастурбує” (ТСМ) та “Поведінка у туалетній кімнаті” (ПТК) порівняно з групою нейротипових дітей.

Це свідчить про те, що діти з РСА менше цікавляться темою сексу та сексуальності, порівняно з нейротиповими. Також вони рідше виявляють опіку над іншими чи поводяться як мама/тато. Діти, яким діагностовано РСА частіше мастурбують як наодинці, так і на публіці. Їх поведінка в туалетній кімнаті (санвузлі) є більш вираженою і схильною до крайнощів порівняно з нейротиповими дітьми.

За результатами кластерного аналізу ми спостерігаємо позитивну лінійну залежність між такими шкалами:

- «інтересу до сексу та сексуальності» та «поведінка в туалетній кімнаті»

- «поведінка в туалетній кімнаті» й «усвідомлення власної статевої ідентичності та сексуальності загалом»
- «поведінка сексуального характеру» та «бажання роздягатися, ходити голим»

«усвідомлення власної статевої ідентичності та сексуальності загалом» і «поведінка сексуального характеру».

За результатами проведеного факторного аналізу ми бачимо, що структурна модель нашого досліджуваного явища відрізняється в дітей з РСА від нейротипових. Важливі значення в сексуальній поведінці дітей з РСА відіграють такі фактори, як “ідентифікація сексуальності”, “доторки” та “фізична проблематика, пов'язана зі статевими органами”

ВИСНОВКИ

Дитяча сексуальність завжди була і залишається проблемою як для батьків, так і для фахівців сфери охорони здоров'я у всьому світі. Незалежно від культурних особливостей, не так просто визначити межі нормальної сексуальності в дитинстві порівняно з девіантною/проблемною поведінкою. Це залежить як від сімейних норм, так і від переважного соціального та культурного контексту [65]. Кожен має власне ставлення до сексуальності і її вираження. Це ставлення може бути негативним чи позитивними, іноді неохоче вираженим або незручним, але не може бути байдужим [66]. Зокрема, прояви сексуального бажання, цікавість щодо сексу та відповідна поведінка у дітей завжди викликали у дорослих багато суперечливих думок та почуттів. Ще з часів Фрейда людство до певної міри визнає, що діти являються сексуальними істотами із самого народження. Як саме ця сексуальність може/має бути виражена вже понад століття цікавить викладачів, лікарів, вчених, соціологів та інших фахівців. Незважаючи на це, досі бракує емпіричних досліджень щодо дитячої сексуальності [14].

Питання про те, що слід вважати «нормальною» чи «девіантною» сексуальною поведінкою у дітей стає все більш актуальним в останні роки через увагу, що приділяється проблемній сфері сексуального насильства над дітьми. Багато фахівців, які працюють із дітьми, стикаються з ситуаціями, коли вони повинні дати оцінку дитячій поведінці та вжити необхідних заходів. Тому важливо зуміти знизити невизначеність у тлумаченні поведінки, підвищуючи рівень поінформованості щодо психосексуального розвитку дітей, а також факторів, що можуть його порушити [15].

Типова сексуальна поведінка починається з народження. Дослідження свого тіла і здоровий фізичний та емоційний контакт з батьками є частиною нормального розвитку. Розглядаючи поведінку, яка відноситься виключно до сексуальних стосунків, «нормально» буде залежати від особистих цінностей кожної сім'ї і соціальних норм [44].

Фізична частина почуттів (збудження і бажання) є частиною гормонального фону. Їх не так легко подавити медикаментами чи іншими засобами, і зрештою, їх не потрібно подавляти. Ключем до розуміння нормальної сексуальної поведінки є дослідження і прийняття власних почуттів і поведінки протягом усього життя. Даючи вихід цим почуттям у формі дискусії, гри а також заохочуючи стосунки, можна допомогти людині з вадами розвитку краще зрозуміти власну сексуальність [45].

В даній магістерській роботі було досліджено особливості сексуальної поведінки дітей з РСА. Першочергово розкрито зміст поняття «сексуальна поведінка дітей». Проведено аналіз наукової літератури з проблематики сексуальності та сексуальної поведінки дітей, зокрема з РСА. Ознайомлено з останніми дослідженнями особливостей статевого виховання дітей з РСА.

Ми визначили та описали процедуру проведення наукового дослідження. Провели аналіз та інтерпретацію результатів дослідження. На основі отриманих даних сформулювали висновки та практичні рекомендації для батьків.

Також з метою висвітлення даної тематики було сформульовано три гіпотези. Усі вони були підтверджені на основі порівняльного аналізу.

Отже, сексуальна поведінка дітей з РСА відрізняється від поведінки нейротипової дитини.

Було доведено, що діти, яким діагностовано РСА більш схильні до мастурбації інтимних зон порівняно з нейротиповими дітьми.

Також результати дослідження показали, що діти з РСА рідше цікавляться темою сексуальності, ніж нейротипові діти.

Діти з аутизмом можуть потребувати більш активної підтримки від батьків та школи, щоб сформувати соціально прийнятну сексуальну ідентичність. При цьому необхідно розглядати повний спектр сексуальності.

Складність природи даної теми вносить труднощі у розробку і викладання такої програми. Сексуальна поведінка може призвести до негайних наслідків, які в свою чергу можуть вплинути на якість життя [67].

Якщо підліток не здатен розрізнити поняття «приватний» від «публічного», це призводить до труднощів у взаємодії із соціумом. Візуальні підходи до навчання, які часто використовуються для людей з аутизмом, можуть бути неправильно трактовані у зв'язку з делікатністю даної теми.

Підліток з РСА має право на досягнення відчуття дорослості, і при цьому йому потрібна відповідна підтримка. Тема сексуальної поведінки не ставатиме менш важливою з часом, навпаки, вона може потягнути за собою більші проблеми, якщо її не вирішуватимуть своєчасно [68].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Марценковский, И.А., Дубовик, К.В. Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: НейроNEWS, 2014. – 280 с.
2. Stokes, M., Newton, N., & Kaur, A. “Stalking, and Social and Romantic Functioning Among Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 2007.
3. Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 260–269, 2006.
4. Hellemans “Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/Mild Mental Retardation”, 2010
5. Rutter, M. (1971). Normal Psychosexual Development. *Child Psychology and Psychiatry*, vol. 11:259 – 283.
6. Martinson, F. M. (1994). *The sexual life of children*. Bergin & Garvey. Westport Connecticut
7. Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O. Kolata, G. (1994). *Sex in America – a definitive survey*. Little Brown and Company. NY.
8. Kinsey, A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., & Gebhard P. H. (1949). *Kinsey-rapporten: Mannens sexuella beteende*. Bokförlaget Prisma. Stockholm.
9. Galenson, E. & Rophie, H. (1974). “The emergence of genital awareness during the second year of life”. In *Sex differences in behaviour*, ed. Friedman, R. C., Wiley, NY.
10. Olsson, M-L.; Risán, P. (1978). *Sexuell utveckling*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
11. Akselsdotter K. (1993). *Små barns signaler om sexuella övergrepp*. Handbok för förskolan. Rädda Barnen. Stockholm.

12. Martinson, F. M. (1981). Eroticism in infancy and early childhood. In L. L. Constantine & F. M. Martinson (Eds.), *Children and sex: Findings, new perspectives* (pp. 22–35). Boston, MA: Little, Brown.
13. Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4), e9.
14. Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002a). Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year old children's sexual behavior—A comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26, 247–266.
15. Lindblad, F., Gustofsson, P. A., Larsson, I., & Lundin, B. (1995). Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: An epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 19, 569–577.
16. Lopez-Sanchez, F., Del Campo, A., & Guijo, V. (2002). Pre-pubertal sexuality. *Sexologies*, 11, 49–58.
17. Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beile, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456–464.
18. Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4), e9.
19. Silovsky, J. F., & Swisher, L. M. (2008). Sexuality. In M. L. Worlaich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Eds.), *Developmental- behavioral pediatrics: Evidence and practice* (pp. 805–825). Philadelphia, PA: Elsevier.
20. Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002b). Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 263–273.
21. Haugaard, J. J. (1996). Sexual behaviors between children: Professionals' opinions and undergraduates recollections. *Families in Society*, 77, 81–89.
22. Lamb, S., & Coakley, M. (1993). "Normal" childhood sexual play and games: Differentiating play from abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, 515–526.

23. Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse*, 9, 267–290.
24. Gray, A. S., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23, 601–621.
25. Schoentjes, E., Deboutte, D., & Friedrich, W. N. (1999). Child sexual behavior inventory: A Dutch-speaking normative sample. *Pediatrics*, 104, 885–893.
26. Glenn R. Mesman, Shannon L. Harper, Nicola A. Connors Edge, Joy L. Pemberton “Problematic Sexual Behavior in Children”. *Journal of Pediatric Health Care*, January 2019. DOI: 10.1016
27. Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Silovsky, J. F. (2008). Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13, 199–218.
28. Silovsky, J. F., & Swisher, L. M. (2008). Sexuality. In M. L. Worlaich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Eds.), *Developmental- behavioral pediatrics: Evidence and practice* (pp. 805–825). Philadelphia, PA: Elsevier.
29. St. Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13, 145–166.
30. Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 586–598.
31. Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
32. Szanto, L., Lyons, J. S., & Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29, 231–249.

33. Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7, 187–197.
34. Levesque, M., Bigras, M., & Pauze, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36, 358–370.
35. Friedrich, W. N., Davies, W., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95–104.
36. Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. D., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1033–1042.
37. Kendall-Tackett, K., Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164–180.
38. Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 189–199.
39. Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 129–141.
40. Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 482–488.
41. Edwards, Jean P., and Elkins, Thomas E. (1988) *Just Between Us*. Portland, OR: Ednick Communications.
42. Hellemans, H., Roeyers, H., Leplae, W., Dewaele, T., & Deboutte, D. Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum

- Disorder and Borderline/Mild Mental Retardation/ Sexuality and Disability, 28(2), 93–104. – 2010.
- 43.Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 260–269, 2006.
- 44.Gordon, Sol. (1987) *Facts About Sex for Today's Youth*. Fayetteville, NY: Ed-U Press.
- 45.Kroll, Ken, and Klein, Erica Levy. (1992) *Enabling Romance: A Guide to Love, Sex and Relationships for the Disabled (and the people who care about them)*. New York; Harmony Books.
- 46.Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beile, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456–464.
- 47.Scott. L, and Kerr-Edwards, L. *Talking Together about Growing Up*. (#2381)
- 48.ACT Health Tipsheet. Precocious Puberty in Girls, <http://www.healthfirst.net.au/>
- 49.ACT Health Tipsheet. Precocious Puberty in Boys, <http://www.healthfirst.net.au/>
- 50.Angelo, F., Pritchard, H., and Stewart, R. *Special Girls' Business* (#2666)
- 51.Angelo, F. Pritchard, H., and Stewart, R., *Secret Boys' Business* (#2746)
- 52.Detmer, C., Dalrymple, N., and Sinex, L. *Sex education issues for the person with Autism* (#1216)
- 53.Gray, C. *Social Story Kit* (#2372)
- 54.Down's Syndrome Society of Scotland. *Let's talk about Puberty*.
- 55.Joosten, A. *Annette Joosten's Book of Cool Strategies* (#2389). See the story - *My Body*
- 56.Lawson, W. *Sex, Sexuality and the Autism Spectrum* (#2613)
- 57.Henault. I. *Asperger Syndrome and Sexuality* (#2642)
- 58.Wrobel, M. *Taking Care of Myself* (#2390)

59. Crissey, P. Personal Hygiene - What does that have to do with me? (# 2611)
60. Mehzabin, P. & Stokes, M. (2011). Self-assessed sexuality in young adults with high functioning Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (5), 614-621.
61. Cavanagh Johnson. About The Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL), 2004. 1101 Fremont Ave. Suite 101, South Pasadena, CA 9103
62. Friedrich, W. The Child Sexual Behavior Inventory. Mayo Clinic - 1986
63. Ingersoll, B., Dvortcsak, A. (2010). Teaching Social Communication to Children with Autism: A Practitioner's Guide to Parent Training and A Manual for Parents, 325-328
64. M.S. Garnett and A.J. Attwood. The Australian Scale For Asperger's Syndrome (A.S.A.S.). ASPEN
65. Heiman, M. L., Leiblum, S., Cohen Esquilin, S., Melendez Pallitto, L. (1998). A comparative survey of beliefs about “normal” childhood sexual behaviours. *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, no. 4:289 – 304.
66. Larsson, I. Child sexuality and sexual behaviour: sexual abuse of children? 7 January 2016
67. Tissot, C. Establishing a sexual identity: Case studies of learners with Autism and learning difficulties. *Autism*, 13 (6), 551-566, 2009
68. Hatton, S., Tector, A. Sexuality and relationship education for young people with Autistic Spectrum Disorder: Curriculum change and staff support. *British Journal of Special Education*, 37 (2), 69-76, 2010

Додаток А

ОПИТНИК ЩОДО СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ

Друга редакція

Імя дитини: _____ Вік дитини: _____

Стать дитини: _____ Дата народження дитини: _____

Хто заповнив: _____ Дата заповнення: _____

ЧАСТИНА І

Відповідаючи на наступні запитання, відзначте «ніколи», якщо, наскільки Вам відомо, дитина ніколи не мала зазначеної поведінки. Якщо дитина поводитись так більш ніж три місяці тому, відзначте «робив/робила». Якщо дитина поводитьсь так останнім часом або поводитись протягом останніх трьох місяців, оберіть одну із останніх трьох колонок щоб зазначити частоту цих дій. Якщо дитина поводитись і поводитьсь так надалі, оберіть «робив/робила» та «менше одного разу в місяць», «робив/робила» і «1-3 рази в місяць», чи «робив/робила» та «4 і більше разів в місяць».

Зараз або за останні 3 місяці

А. ІНТЕРЕС ДО СЕКСУ І СЕКСУАЛЬНОСТІ		Ніколи	Робив/-ла	Менше 1 разу в місяць	1-3 рази в місяць	4 рази чи більше в місяць
1.	Цікавиться, звідки беруться діти.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Розповідає про бажання мати дитину.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Запитус про секс.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Цікавиться фізичними відмінностями між хлопцями і дівчатами.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Запитус, чому у дівчат нема пеніса.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Говорить негативно про дітей протилежної статі: «дівчатка – дурні», «хлопчики - шумні дурнки».	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Секс та/або романтичні відносини є частиною дитячої гри.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Любить спостерігати сексуальну взаємодію по телебаченні, відео або в кіно.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Хоче, щоб батьки/дорослі демонстрували сексуальну поведінку (поцілунки, ласки, романтичні розмови, тощо).	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Хоче, щоб батьки/дорослі припинили сексуальну поведінку (поцілунки, ласки, романтичні розмови, тощо).	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Грає в «дочки-матері» з дітьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
12.	Грає в «лікаря» чи «лікарню» з дітьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
13.	Намагається застати дорослих за сексуальною взаємодією.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

В. ОБІЙМАЄ СТОРОННІХ

1.	Просить обіймів/обіймає інших дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Просить обіймів/обіймає дорослих.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Надто легко взаємодіє із незнайомими людьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

С. ТОРКАЄТЬСЯ СЕБЕ/МАСТУРБУЄ

1.	Мастурбує наодинці.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Мастурбує перед сном.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Торкається своїх інтимних зон на публіці.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Торкається своїх інтимних зон вдома при інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Третьє тілом до оточуючих людей і/або предметів.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Подразнює свою знайому зону у присутності інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Мастурбує рукою вдома у присутності інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Мастурбує рукою у публічних місцях.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Запах/намагається запахати предмети у власну піхву/анус.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

*Переказано згідно з оригіналом
Триб. Світ. Сурж.*

Зараз або за останні 3 місяці

Д. ПІКЛУЄТЬСЯ ПРО ІНШИХ/ПОВОДИТЬСЯ ЯК МАМА/ТАТО		Ніколи	Робив/-ла	Менше 1 разу в місяць	1-3 рази в місяць	4 рази чи більше в місяць
1.	Поводиться як мама/тато по відношенню до братів і сестер.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Поводиться як мама/тато по відношенню до інших дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Говорить про бажання/потребу в піклуванні про свою маму.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Говорить про бажання/потребу в піклуванні про свого тата.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Е. НЕЦЕНЗУРНА ЛЕКСИКА/ЛАЙКА

1.	Використовує нецензурну лексику сексуального змісту в грайливому, жартівливому тоні.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	При агресії використовує нецензурну лексику сексуального змісту поміж дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	При агресії використовує нецензурну лексику сексуального змісту у сім'ї.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	При агресії використовує нецензурну лексику сексуального змісту у школі.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Ф. ПОВЕДІНКА СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ

1.	Любить танцювати як підліток/дорослий.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Хоче носити відвертий одяг або одягатися надто подорослому як на свій вік.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Поводиться звабливо (жести, ходьба тощо).	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Видає сексуальні звуки (спів, стогін, важке дихання тощо).	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Демонструє сексуальну поведінку за допомогою іграшок, наприклад, пістолетиків, ляльок, чи за допомогою інших об'єктів, наприклад, їжі чи паличок.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Імітує статевий акт з іншими дітьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Г. ПОВЕДІНКА У ТУАЛЕТНІЙ КІМНАТІ (САНВУЗ.П)

1.	Заходить чи намагається зайти в туалет/туалетну кабінку разом з іншими дітьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Знімає увесь/майже весь одяг, щоб піти у санвузол/туалет.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Не достатньо добре витирається після відвідувань туалету.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Використовує забагато туалетного паперу.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Спричиняє затоплення туалету.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Піє за межі унітазу.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Здійснює дефекацію (какає) не в туалеті.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Бавиться власними випорожненнями.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Ходить випорожнитись на вулицю або в невідповідні місця, наприклад, в раковину, чашку, стічні отвори тощо.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Відмовляється купатись з іншими.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Хоче купатись з іншими.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Н. ПРОБЛЕМИ З КИШКІВНИКОМ/СЕЧОВИМ МІХУРОМ

1.	Мочиться в ліжку.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Має проблеми з контролем сечовипускання, трапляються випадки (мочиться) протягом дня.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Стримує сечовипускання.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Страждає на закрепи.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Відмовляється здійснювати дефекацію.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Має проблеми з контролем випорожнень кишечника, трапляються випадки протягом дня.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Перекладено згідно оригіналом
Триб. ч. 1. С. 11.

МОНІТОРИНГ ДІТЯЧИХ ПОВЕДІНКИ

I. ВИСТАВЛЯЄ СЕБЕ/ІНТИМНІ ЗОНИ НАПОКАЗ		Ніколи	Робив/-ла	Менше 1 разу в місяць	1-3 рази в місяць	4 рази чи більше в місяць
1.	Демонструє інтимні зони дітям.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Демонструє інтимні зони дорослим.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Хоче роздягатись перед іншими.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Опускає штанці, демонструє сідниці/статеві органи, після чого втікає.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

J. РОЗДЯГАЄТЬСЯ/ХОДИТЬ ГОЛИМ

1.	Не хоче роздягатись на очах у інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Любить ходити по хаті в самій лише спідній білизні.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Любить ходити по хаті без одягу.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Намагається роздягнути інших дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Намагається роздягнути дорослих.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Намагається побачити інших людей голими.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

K. СПІДНЯ БЛИЗНА

1.	Намагається побачити спідню білизну інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Відмовляється змінювати трусики.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Носить спідню білизну інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Нюхає білизну інших.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

L. РОЗМОВЛЯЄ/ПИШЕ ПРО РЕЧІ, ПОВ'ЯЗАНІ З СЕКСОМ

1.	Розповідає «брудні» жарти.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Використовує відверті слова, щоб описати статевий акт.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Розмовляє про секс/сексуальні речі з друзями.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Розмовляє в романтичній манері про дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Говорить про бажання чинити сексуальні дії дітям/з дітьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Говорить про секс/сексуальні речі з дорослим.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Розмовляє в романтичній манері про дорослих.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Говорить про бажання чинити сексуальні дії дорослим/з дорослими.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Пише записки друзям про секс.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Пише «брудні» слова на папері чи стінах.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Зображає сексуальні речі на малюнках.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
12.	Торкається статевим органом власноруч намальованих зображень людей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

M. ТОРКАЄТЬСЯ ДІТЕЙ

1.	Запахє/намагається запахти руку/руки під спідницю дівчатам або в декольте.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Стягує/намагається стягнути з дітей штанці.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Стягує/намагається стягнути з дітей трусики.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Хапає дітей знехачка за інтимні зони, після чого втікає геть.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Треться/намагається тертись до дитячих ніг/стегон.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Присмоктується/ намагається присмоктатись до дитячої шії з метою поставити «засмок».	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Торкається/ намагається торкнутись руками інтимних зон дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Запахє/ намагається запахти язик до рота дітям.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Торкається/ намагається торкнутись ротом інтимних зон дітей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Запахє/ намагається запахти предмети в піхву/анус іншим дітям.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Встромляє/ намагається встромити палець в піхву/анус іншим дітям.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

МО... НАСНИХ
 Тереклачко згідно журналом
 Триб...
 ІН... ІН... ІН...

МО... НАСНИХ
 Тереклачко згідно журналом
 Триб...
 ІН... ІН... ІН...

N. ДИВИТЬСЯ/ПІДГЛЯДАЄ ЗА ІНШИМИ		Ніколи	Робив/-ла	Менше 1 разу в місяць	1-3 рази в місяць	4 рази чи більше в місяць
1.	Заглядає/ намагається заглянути дівчатам під спідницю/в декольте.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Заглядає/ намагається заглянути жінкам під спідницю/в декольте.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Підглядає/намагається підглянути за дітьми коли ті у ванній/спальні.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Підглядає/ намагається підглянути за дорослими коли ті у ванній/спальні.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Дивиться/ намагається дивитись зображення з голими людьми.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

O. ПРОСИТЬ ІНШИХ ТОРКНУТИСЬ ІНТИМНИХ ЗОН/ПОДИВИТИСЬ НА ІНТИМНІ ЗОНИ

1.	Просить дітей торкнутись його/її інтимних зон.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Просить дорослих торкнутись його/її інтимних зон.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Просить дітей сфотографувати його/її інтимні зони.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Просить дорослих сфотографувати його/її інтимні зони.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

P. СЕКС З ТВАРИНАМИ

1.	Торкається/ намагається торкнутись інтимних зон тварин.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Залучає/намагається залучити тварин до сексуальної поведінки.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

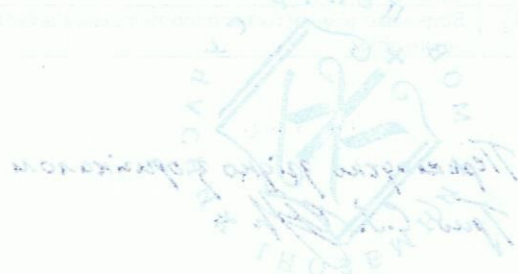
Q. ЦІЛУЄ ІНШИХ

1.	Цілує/намагається поцілувати дітей в сім'ї.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Цілує/намагається поцілувати дітей не в сім'ї.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Цілує/намагається поцілувати дорослих в сім'ї.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Цілує/намагається поцілувати дорослих не в сім'ї.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

R. ТОРКАЄТЬСЯ ДОРΟΣЛИХ

1.	Любить, щоб дорослі тримали його/її поближе до грудей.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Погладжує чи потирає одяг/волосся дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Треться/намагається тертись до ніг/стегон дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Треться/намагається тертись до грудей дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Пхає/намагається запахти руки під спідницю/в декольте жінкам.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Стягує/намагається стягнути штани з дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Присмоктується/намагається присмоктатись до шиї дорослого з метою поставити «засмок».	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Пхає/намагається запахти язик до рота дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Несподівано хапає дорослого за інтимні зони, після чого втікає геть.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Торкається/ намагається торкнутись інтимних зон дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Торкається/ намагається торкнутись ротом інтимних зон дорослого.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
12.	Пхає/намагається запахти палець в піхву/анус дорослому.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс


 Перекладено згідно з оригіналом
 Триб.С.І.



S. ЛИШЕ ДЛЯ ХЛОПЧИКІВ		Ніколи	Робив/-ла	Менше 1 разу в місяць	1-3 рази в місяць	4 рази чи більше в місяць
1.	Він хапасться за свій пеніс коли наляканий, сонний чи збуджений.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Він забігає до дівчачого туалету у школі.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Він має ерекцію в публічних місцях.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Він має ерекцію вдома.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Він розповідає про бажання бути хлопцем/чоловіком для своєї матері.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Він пісяє сидячи.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Він грається іграшками, які, як правило, вважаються «дівчачими» та/або надає перевагу «дівчачим іграм».	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Він каже, що радше був би дівчинкою.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Він любить носити дівчачий одяг.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
10.	Він пасивніший/менш активний порівняно з хлопчиками свого віку.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
11.	Він встромляє/намагається встромити пеніс в предмети.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
12.	Він запихає/намагається запхати пеніс до рота іншим.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
13.	Він запихає/намагається запхати пеніс у інтимні зони дітям.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
14.	Він запихає/намагається запхати пеніс у інтимні зони дорослим.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

T. ЛИШЕ ДЛЯ ДІВЧАТОК

1.	Вона сидить з широко розставленими ногами в суkenці.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Вона забігає до хлопчачого туалету у школі.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Вона розповідає про бажання бути дівчиною/жінкою для свого батька.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Вона пісяє стоячи.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Вона грається іграшками, які, як правило, вважаються «хлопчачими» та/або надає перевагу «хлопчачим іграм».	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Вона каже, що радше була б хлопчиком.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Вона любить носити хлопчачий одяг.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
8.	Вона агресивніша порівняно з хлопчиками свого віку.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
9.	Вона використовує предмети вдаючи, що в неї є пеніс.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

U. ДЛЯ ВСІХ ДІТЕЙ

1.	Має особливі назви для своїх інтимних зон.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
2.	Вважає, що чоловіки/хлопці є розумнішими і кращими, ніж жінки/дівчата.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
3.	Вважає жінок/дівчат розумнішими і кращими за чоловіків/хлопців.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
4.	Дитина каже, що любить власне тіло.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
5.	Дитина каже, що не любить власне тіло.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
6.	Має краще розуміння сексу, ніж очікувалось би від дитини відповідного віку.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс
7.	Справляє враження надто зацікавленого/-ної сексом і речима з ним пов'язаними.	Ніколи	Робив/-ла	<1 міс	1-3 міс	4 міс

Др. Вільям Фрідріх у 1986 році у клініці Майо розробив Перелік Дитячої Сексуальної Поведінки. Він включає 44 пункти. Існують схожі елементи між двома переліками.

© Copyright 2002 Toni Cavanagh Johnson Ph.D. 1101 Fremont Ave. Suite 101, South Pasadena, CA 91030



Додаток Б

АНКЕТА ЩОДО СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Кожне з запитань чи тверджень має оціночну шкалу від 0 до 4, де 0 – «не спостерігалось», 4 – «завжди». Заповніть, будь ласка, цей опитник базуючись на тому, наскільки описаний тип поведінки притаманний Вашій дитині.

<i>Поведінка</i>	<i>Зазвичай (щонайм енше 75% часу)</i>	<i>Інколи, але не регуляр но</i>	<i>Рідко, не зараз</i>	<i>Майже ніколи</i>	<i>Не спосте рігалось</i>
Чи підтримує Ваша дитина зоровий контакт під час взаємодії чи спілкування з Вами?					
Дитина любить, щоб її обіймали, торкались, гладили по голові.					
Чи реагує дитина на спроби привернути її увагу до чогось/когось?					
Чи реагує дитина на прості вказівки, сказані один раз (ходи сюди, сядь, дай мені тощо)?					
Чи дитина вітається і прощається коли люди заходять чи виходять з кімнати відповідно?					
Чи наслідує дитина гру інших дітей, поведінку батьків?					
Чи бавиться дитина в рольові ігри (наприклад, в маму/тата, пожежника, лікаря тощо)?					
Чи спостерігаєте Ви за дитиною, що вона не вміє бавитись з іншими дітьми, не розуміє неписаних правил гри, не дотримується послідовності у грі?					
Дитина не цікавиться спортивними чи ігровими змаганнями, не хоче брати в них участь.					
Чи трапляється, що дитина уникає контактів з іншими дітьми, не хоче з ними бавитись на перерві, старается усамітнитись?					
Не розуміє соціальних правил і норм поведінки, недоречно поводитись чи вставляє недоречні коментарі, не розуміючи, що вони можуть когось образити чи створити комусь незручність.					
Не шукає підтримки, співчуття коли вдарилась, втомилась.					
Не розуміє почуттів та емоцій інших, не вміє проявляти співчуття, просити вибачення.					
Дитині важко висловити словами свої бажання.					
Дитина має труднощі з вираженням емоцій, наприклад, проявляє розчарування або захоплення, що не відповідає ситуації.					
Коли Ви говорите з дитиною, здається, що вона не зацікавлена тим, про що Ви говорите, нічого не запитує, не коментує.					
Чи має дитина труднощі з підтриманням розмови? Наприклад, коли дитина збентежена запитанням, вона не просить повторити чи пояснити, а переключається на іншу тему, або проходить багато часу, поки вона відповість.					
Дитина дуже бентежить і потребує надмірного заспокоєння, якщо щось змінюється в звичному порядку речей чи стається не так, як очікувалось чи заплановано.					

Додаток В

ФОРМА 3

Соціально-комунікаційний опитник

Дитина: _____ Дата: _____ Хто заповнив опитник: _____

Заповніть, будь ласка, цей опитник базуючись на тому, що Ваша дитина може робити незалежно (без Вашої допомоги). Якщо Ваша дитина поводитись колись відповідним чином (наприклад, лепетала, але не висловлювалась за допомогою речень), проте вже так не поводитьсь, оберіть останню колонку.

Поведінка	Зазвичай (щонайме ніше 75% часу)	Інколи, але не регулярн о	Рідко, не зараз, не спостеріг алось	Не спостер ігалось
Соціалізація				
Чи Ваша дитина надає перевагу гратись поблизу Вас?				
Чи гратиме Ваша дитина в просту соціальну гру («піжмурки», «квач», «ладусі»), запропоновану Вами, принаймні тричі?				
Чи залишається дитина активною в грі з Вами принаймні 5 хв?				
Чи залишається дитина активною в грі з Вами принаймні 10 хв?				
Чи Ваша дитина реагує на Ваші спроби повернути її увагу до чогось/когось?				
Чи Ваша дитина підтримує зоровий контакт під час взаємодії чи спілкування з Вами?				
Чи ініціює Ваша дитина активності, чи пропонує Вам гратись (пропонує Вам іграшку чи приходить за Вами, щоб покликати гратись)?				
Чи Ваша дитина дотримується послідовності з Вами в грі?				
Чи дитина вказує пальцем або демонструє об'єкти з метою розділити з Вами зацікавлення ними та радість?				
Чи дитина вітається і прощається коли люди відповідно заходять чи виходять з кімнати?				
Експресивне мовлення – Форма				
Чи Ваша дитина лепече чи використовує мовоподібні звуки?				
Чи Ваша дитина використовує безпосередні фізичні жести для того, щоб попросити про предмет чи послугу (веде Вас до предмета, кладе Вашу руку на предмет, дає Вам предмет)?				
Чи ваша дитина використовує опосередковані нефізичні жести для того, щоб попросити про предмет чи послугу (вказує пальцем, подає інші знаки)?				
Чи Ваша дитина в зрозумілий Вам спосіб дає знати про свій вибір, коли перед нею дві альтернативи (досягаючи, використовуючи погляд, звуки чи слова)?				
Чи Ваша дитина імітує Вашу мову?				
Чи Ваша дитина використовує спонтанно окремі слова?				
Чи Ваша дитина сполучає слова в прості фрази («Машинка їздить», «Щтовхати потяг»)?				

(продовження)



Соціально-комунікаційний опитник (ст. 2 з 3)

Поведінка	Зазвичай (щонайменше 75% часу)	Інколи, але не регулярно	Рідко, не зараз, не спостерігалось	Не спостерігалось
Чи Ваша дитина регулярно використовує речення для спілкування?				
Чи Ваша дитина називає предмети?				
Чи Ваша дитина називає дії?				
Чи Ваша дитина вживає слова для опису предмету («великий червоний м'яч», «маленький зелений м'яч»)?				
Чи Ваша дитина відповідає на прості запитання («Чого ти хочеш?», «Що це?», «Де це?»)? Якщо так, обведіть, на які.				
Чи Ваша дитина відповідає на питання типу «хто?», «чому?», «як?»? Якщо так, обведіть, на які саме?				
Експресивне мовлення - Функція				
Чи використовує Ваша дитина мову для висловлення бажання отримати певну річ чи здійснити певну активність?				
Чи Ваша дитина використовує мову, щоб виразити незгоду чи сказати, що вона чогось не хоче?				
Чи Ваша дитина використовує мову, щоб ділитись інформацією («Я бачу літак»)?				
Чи Ваша дитина використовує слова, щоб сказати Вам про свої почуття/відчуття (біль, злість чи радість)?				
Чи Ваша дитина використовує мову для привернення Вашої уваги («Мамо, підійди»)?				
Чи Ваша дитина використовує мову, щоб сказати Вам, що робити («Нагодуй дитину», «Штовхай машинку»)?				
Чи Ваша дитина розповідає Вам про події, які вже відбулись (в школі тощо)?				
Чи Ваша дитина використовує мову, щоб розповісти Вам просту історію?				
Чи Ваша дитина задає Вам запитання, з метою отримати інформацію («Що це?», «Де пес?», «Чому?» тощо)? Якщо так, вкажіть, якого це типу питання.				
Розуміння вказівок і слідування їм				
Чи Ваша дитина вірно виконує прості вказівки («Взуйся», «Обійми мене»)?				
Чи Ваша дитина вірно виконує вказівки з більш ніж однією дією («Йди в свою кімнату і принеси машинки»)?				
Соціальна імітація				
Чи Ваша дитина відтворює знайомі їй ігрові дії (дії, які вона вже вміє виконувати сама) після того як бачить, що ви їх виконуєте?				
Чи Ваша дитина відтворює нові для неї ігрові дії (дії, які вона ще не вміє виконувати сама) після того як бачить, що ви їх виконуєте?				
Чи Ваша дитина відтворює загальноприйняті жести (махає «па-па», шле повітряний поцілунок, плескає в долоні тощо)?				

(продовження)



Соціально-комунікаційний опитник (ст. 3 з 3)

Поведінка	Зазвичай (щонайменше 75% часу)	Інколи, але не регулярно	Рідко, не зараз, не спостеріг алось	Не спостер ігалось
Гра				
Ваша дитина досліджує предмети (торкається, гризе, нюхає, розглядає)?				
Чи Ваша дитина поєднує предмети (вкладає один предмет в інший; кладе предмет в контейнер; викладає в лінію, складає один на другий, впорядковує іграшки певним чином)?				
Чи Ваша дитина грається стимульно-наслідковими іграшками (механічними, іграшками з яких вистрибує персонаж тощо)?				
Чи Ваша дитина використовує іграшки за призначенням (кидає м'яч, їздить машинкою)?				
Чи грається Ваша дитина в імітацію щодо себе (вдає, що їсть, спить, говорить по іграшковому телефону)?				
Чи грається Ваша дитина у імітацію з іншою людиною, лялькою чи іншою іграшкою (прикидається що годує батька, матір чи ляльку-дитину; одягає ляльку, вкладає її спати)?				
Чи Ваша дитина вдає, наче певна річ виражає собою іншу (кубик – це машинка, купка кубиків – будівля), наділяє об'єкт характеристиками, яких він не має (вдає, що іграшкова їжа гаряча чи смачна), або оживляє предмети (змушує статуетку ходити, вкладає ляльці горня до рук замість того, щоб одразу підносити їй його до рота)?				
Чи Ваша дитина пов'язує кілька уявних дій разом або розповідає сюжетну історію з іграшками (садить ляльку в машинку, штовхає машинку в гараж)?				
Чи Ваша дитина бере на себе якусь роль (лікаря, пожежника, мами/тата) впродовж гри?				
Чи Ваша дитина грає у сюжетно-рольові ігри та розповідає сюжетну історію, при цьому граючи якусь роль, за участі щонайменше ще однієї людини (дитина – лікар, мама/тата – пацієнт; дитина – мама, одноліток – дитина)?				


 ПЕРЕКРАДКОЮ НЕ ДІЮ
 ТРЕБА
 ІНОЗЕМНИХ
 ЦЕНТР
 СУВАСНИХ
 ОРИГІНАЛОМ

Додаток Д

Таблиця 1. t-критерій Стьюдента для показників особливостей сексуальної поведінки дітей з розладами спектру аутизму та нейротипових дітей

T-tests: Grouping: Чи діагностовано у Вашої дитини розлади спектру аутизму? (Spreadsheet1)											
Group 1: ні											
Group 2: так											
Variable	Mean ні	Mean так	t-value	df	p	Valid N ні	Valid N так	Std.Dev. ні	Std.Dev. так	F-ratio Variances	p Variances
ІСС	0,729984	0,344615	3,75242	72	0,000352	49	30	0,440247	0,368990	1,42352	0,351881
ОС	1,891156	1,880000	0,04404	72	0,964998	49	30	0,986923	1,113387	1,27270	0,468496
ТСМ	0,340136	0,862222	-3,45119	72	0,000938	49	30	0,452137	0,853027	3,55946	0,000179
ПІПТМ	1,326531	0,620000	2,97077	72	0,004035	49	30	1,073114	0,711220	2,27659	0,031844
НЛЛ	0,306122	0,030000	1,77178	72	0,080662	49	30	0,774370	0,082916	87,22171	0,000000
ПСХ	0,374150	0,340000	0,28501	72	0,776456	49	30	0,454569	0,547469	1,45051	0,270105
ПТК	0,606679	0,923636	-2,48399	72	0,015320	49	30	0,448593	0,637272	2,01811	0,038402
ПКСМ	3,632653	5,520000	-1,85665	72	0,067452	49	30	3,626832	5,001000	1,90134	0,058115
ВСІЗН	0,301020	0,300000	0,00600	72	0,995231	49	30	0,735944	0,595119	1,52926	0,261753
РХГ	0,789116	0,733333	0,40661	72	0,685498	49	30	0,502051	0,656167	1,70818	0,114100
СБ	0,127551	0,160000	-0,44809	72	0,655431	49	30	0,265766	0,345205	1,68716	0,122650
РІРС	0,153061	0,083333	1,04600	72	0,299061	49	30	0,280721	0,251155	1,24930	0,563697
ТД	0,059369	0,054545	0,09079	72	0,927911	49	30	0,235130	0,172088	1,86687	0,100182
ДПІ	0,244898	0,288000	-0,41291	72	0,680902	49	30	0,432561	0,408575	1,12086	0,780384
ПТІЗД	0,030612	0,090000	-1,22221	72	0,225613	49	30	0,097263	0,313581	10,39461	0,000000
СТ	0,000000	0,040000	-1,40943	72	0,163013	49	30	0,000000	0,200000	0,00000	1,000000
ЦІ	1,091837	0,830000	1,32668	72	0,188808	49	30	0,744238	0,909212	1,49247	0,235734
ТД2	0,365646	0,413333	-0,44801	72	0,655492	49	30	0,403549	0,486793	1,45511	0,266128
ВД	0,309038	0,194286	1,01367	72	0,314136	49	30	0,412751	0,543796	1,73579	0,103727

Додаток Е

Таблиця 2. Кореляційна матриця

Чи діагностовано у Вашої дитини розлади спектру аутизму?= <input type="checkbox"/> так																					
Correlations (Spreadsheet1)																					
Marked correlations are significant at $p < ,05000$																					
N=25 (Casewise deletion of missing data)																					
Variable	Means	Std.Dev.	ICC	ОС	ТСМ	ПІПТМ	НЛЛ	ПСХ	ПТК	ПКСМ	ВСІЗН	РХГ	СБ	РПРС	РПРС	ТД	ДПІ	ПТІЗД	ЦІ	ТД2	ВД
ICC	0,344615	0,368990	1,000000	0,175068	-0,037473	0,437352	-0,142473	0,543468	0,158706	-0,028207	0,049626	0,653506	0,209603	0,570654	0,570654	-0,046804	0,751406	0,080884	0,236833	0,400711	0,683839
ОС	1,880000	1,113387	0,175068	1,000000	0,006239	0,273266	-0,109827	0,050736	-0,177169	-0,377451	-0,053451	0,334595	-0,137679	-0,256620	-0,256620	0,279411	0,042500	0,330577	0,630712	0,394295	-0,084418
ТСМ	0,862222	0,853027	-0,037473	0,006239	1,000000	-0,103247	0,142693	-0,161523	0,257785	0,427716	0,367523	-0,152466	-0,043864	-0,133258	-0,133258	0,182346	-0,030180	0,113191	0,340127	0,130779	-0,123814
ПІПТМ	0,620000	0,711220	0,437352	0,273266	-0,103247	1,000000	-0,107750	0,608710	0,192386	0,292163	-0,137819	0,350437	0,003394	0,199244	0,199244	-0,063445	0,370802	0,019617	0,206030	0,114030	0,422006
НЛЛ	0,030000	0,082916	-0,142473	-0,109827	0,142693	-0,107750	1,000000	-0,004589	-0,116131	-0,014068	-0,189990	-0,197842	0,553170	0,208420	0,208420	-0,053093	-0,019679	-0,108170	0,105012	0,045593	-0,068647
ПСХ	0,340000	0,547469	0,543468	0,050736	-0,161523	0,608710	-0,004589	1,000000	0,019615	0,092529	-0,235525	0,469109	0,214592	0,563975	0,563975	-0,117936	0,481586	0,137937	0,120957	0,145575	0,725241
ПТК	0,923636	0,637272	0,158706	-0,177169	0,257785	0,192386	-0,116131	0,019615	1,000000	0,598930	0,752077	0,125913	-0,127244	0,145942	0,145942	0,036424	0,064709	-0,021040	-0,175333	-0,015100	0,185129
ПКСМ	5,520000	5,001000	-0,028207	-0,377451	0,427716	0,292163	-0,014068	0,092529	0,598930	1,000000	0,347900	-0,002539	0,040306	0,077405	0,077405	-0,117957	0,078632	-0,150648	-0,082839	-0,149018	0,149536
ВСІЗН	0,300000	0,595119	0,049626	-0,053451	0,367523	-0,137819	-0,189990	-0,235525	0,752077	0,347900	1,000000	0,053351	-0,116621	-0,087115	-0,087115	0,231165	-0,053122	0,086518	-0,070267	-0,065321	-0,091045
РХГ	0,733333	0,656167	0,653506	0,334595	-0,152466	0,350437	-0,197842	0,469109	0,125913	-0,002539	0,053351	1,000000	0,234535	0,351156	0,351156	0,162135	0,655866	0,264937	0,316611	0,625777	0,521025
СБ	0,160000	0,345205	0,209603	-0,137679	-0,043864	0,003394	0,553170	0,214592	-0,127244	0,040306	-0,116621	0,234535	1,000000	0,290353	0,290353	0,022317	0,501623	-0,018283	0,015599	0,116950	0,231790
РПРС	0,083333	0,251155	0,570654	-0,256620	-0,133258	0,199244	0,208420	0,563975	0,145942	0,077405	-0,087115	0,351156	0,290353	1,000000	1,000000	-0,065730	0,582000	0,220438	-0,045617	0,210635	0,864388
ТД	0,054545	0,172088	-0,046804	0,279411	0,182346	-0,063445	-0,053093	-0,117936	0,036424	-0,117957	0,231165	0,162135	0,022317	-0,065730	-0,065730	1,000000	-0,038789	0,887943	0,473289	0,582544	-0,083267
ДПІ	0,288000	0,408575	0,751406	0,042500	-0,030180	0,370802	-0,019679	0,481586	0,064709	0,078632	-0,053122	0,655866	0,501623	0,582000	0,582000	-0,038789	1,000000	0,098214	0,148505	0,403068	0,653906
ПТІЗД	0,090000	0,313581	0,080884	0,330577	0,113191	0,019617	-0,108170	0,137937	-0,021040	-0,150648	0,086518	0,264937	-0,018283	0,220438	0,220438	0,887943	0,098214	1,000000	0,494323	0,582080	0,250977
ЦІ	0,830000	0,909212	0,236833	0,630712	0,340127	0,206030	0,105012	0,120957	-0,175333	-0,082839	-0,070267	0,316611	0,015599	-0,045617	-0,045617	0,473289	0,148505	0,494323	1,000000	0,510558	0,069585
ТД2	0,413333	0,486793	0,400711	0,394295	0,130779	0,114030	0,045593	0,145575	-0,015100	-0,149018	-0,065321	0,625777	0,116950	0,210635	0,210635	0,582544	0,403068	0,582080	0,510558	1,000000	0,204921
ВД	0,194286	0,543796	0,683839	-0,084418	-0,123814	0,422006	-0,068647	0,725241	0,185129	0,149536	-0,091045	0,521025	0,231790	0,864388	0,864388	-0,083267	0,653906	0,250977	0,069585	0,204921	1,000000

Додаток Ж

Таблиця 3. Матриця факторних навантажень

Variable	Чи діагностовано у Вашої дитини розлади спектру аутизму?=так Factor Loadings (Varimax normalized) (Spreadsheet1) Extraction: Principal components (Marked loadings are > ,500000)				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
ІСС	0,835293	0,089865	0,046370	-0,051651	0,142996
ОС	0,028720	0,305223	-0,224941	-0,211579	0,766465
ТСМ	-0,218614	0,156003	0,650178	0,306413	0,306588
ПІПТМ	0,585842	-0,263737	0,126259	-0,153218	0,502780
НЛЛ	-0,093975	-0,047837	-0,043980	0,882324	0,006938
ПСХ	0,793691	-0,127213	-0,082516	0,032181	0,135490
ПТК	0,173089	0,001650	0,846502	-0,217038	-0,170353
ПКСМ	0,120966	-0,274162	0,802051	0,107240	0,006095
ВСІЗН	-0,106329	0,231189	0,773090	-0,237700	-0,170130
РХГ	0,718823	0,313453	-0,006121	-0,119981	0,230614
СБ	0,312452	0,041951	-0,072021	0,760109	-0,115135
РПРС	0,769933	0,117916	0,001713	0,240064	-0,384508
ТД	-0,111411	0,907834	0,094070	-0,015013	0,119348
ДПІ	0,818295	0,096813	0,024434	0,207365	0,040004
ПТІЗД	0,137092	0,891524	-0,014194	-0,062134	0,081802
Ці	0,091754	0,469587	0,000815	0,167385	0,743851
ТД2	0,335067	0,707815	-0,049881	0,098209	0,306926
ВД	0,901518	0,058587	0,041272	0,027203	-0,164458
Expl. Var	4,625586	2,809431	2,476754	1,794719	1,942492
Prp. Totl	0,256977	0,156080	0,137597	0,099707	0,107916