

LA SESSUALITÀ NELL'HANDICAP

di Fiorenza Bellan e Ivano Manzato

Vivere serenamente la propria sessualità e discuterne liberamente con gli altri non è semplice per nessuno. Per un portatore di handicap il sesso rappresenta spesso, se non sempre, un problema insormontabile (che egli ne sia o meno cosciente) e, con lui, sono drammaticamente coinvolti, in modi naturalmente, diversi, i familiari, gli operatori, e la società nel suo insieme.

L'handicappato è stato ed è talmente represso su questo argomento che se solo provasse a parlare dei suoi legittimi desideri sessuali, verrebbe quasi certamente e irrimediabilmente bollato come uno sporcaccione.

Paradossalmente sono proprio gli handicappati stessi a vergognarsi spesso delle loro naturalissime e più che legittime pulsioni anche perché la famiglia e gli operatori del settore sono impreparati ad affrontare questo problema, anche solo sul piano teorico, causa la mancanza di una educazione sessuale, i pregiudizi di ogni tipo, la esasperata solitudine e l'isolamento, i problemi etico-religiosi ...

Ogni handicappato, poi, vive il problema in modo diverso ed è richiesta perciò una risposta personalizzata per ognuno di loro. Questo non fa che rendere ancor più difficile il lavoro di chi dovrà entrare in contatto con il soggetto handicappato ma anche quello di chi intendesse ipotizzare rimedi universali.

Il rapporto sesso-handicap fino a pochi anni fa non era diffusamente trattato nemmeno a livello scientifico perché argomento tabù. Ancora oggi, nonostante una certa diffusione nella ricerca di possibili soluzioni al problema, si tratta di argomento tanto difficile che, a cominciare paradossalmente dalla gente impegnata nel cosiddetto inserimento sociale, si preferisce ignorarlo.

La percezione delle problematiche legate alla sessualità è naturalmente diversa a seconda che l'handicap sia fisico, psichico o sensoriale (nei vari possibili gradi di gravità) e anche relativamente alla sua insorgenza (genetica o conseguente a trauma, malattia ...).

Fisiologicamente non c'è differenza tra la sessualità dei cosiddetti normodotati e quella degli handicappati (vi è una uguaglianza di partenza sulla base dell'appartenenza comune al genere umano) differenti invece possono essere, e lo sono certamente, le modalità della sua realizzazione in quanto questi ultimi non sono in grado di gestire in piena autonomia la propria vita. Ecco perché diventa importante, anzi determinante, il modo di intervenire della famiglia anche, anzi soprattutto, nella cogestione della vita sessuale dei portatori d'handicap. Da pochi anni si può rilevare un interessante aumento d'interesse (professionale e non morboso) verso il problema della sessualità dei soggetti portatori di un qualsiasi handicap. Questa maggiore divulgazione ha contribuito non poco a sdrammatizzare il problema e a creare di conseguenza il clima adatto ad affrontarlo con più serenità, a trovare maggiori e migliori soluzioni, a preparare meglio le famiglie e gli operatori, a farlo conoscere ed accettare anche ai non direttamente coinvolti (cioè alla società nel suo insieme).

GLI OPERATORI DI FRONTE AL PROBLEMA DELLA SESSUALITÀ DEGLI HANDICAPPATI

LA SESSUALITÀ DEGLI HANDICAPPATI NELLA FAMIGLIA

Come per tanti altri aspetti della vita di un portatore di handicap, anche l'aspetto sessuale viene obbligatoriamente cogestito, anzitutto (e spesso, solo) con la famiglia e poi con degli operatori professionali. Molto, quindi, della "felicità" del portatore di handicap dipende dalla disponibilità e preparazione degli altri.

Spesso il portatore d'handicap viene rifiutato, soprattutto in un primo tempo, proprio dai genitori, perché la sua presenza li addita al mondo quali inadeguati soggetti generanti ed è l'espressione concreta del loro "fallimento" ! Per gli altri soggetti familiari l'entrata nel loro nucleo del portatore d'handicap viene vissuto, a vari gradi, inizialmente sempre come un dramma, poi diversamente affrontato: dall'ignorare il problema, delegando agli altri la

“gestione diretta” del proprio congiunto in difficoltà, all’ostilità vera e propria nei suoi confronti

...

La manifestazione di identità e “bisogni” sessuali dei figli (o consanguinei) portatori d’handicap riaccutizza in modo drammatico tutti i problemi (superati in un primo tempo) relativi all’accettazione del soggetto.

All’interno del gruppo familiare le manifestazioni della sessualità del figlio handicappato sono di vario tipo: le richieste di affetto, di abbracci o di tocamenti possono essere insistenti e ci sono molti genitori che le negano continuando a ritenerle tipiche espressioni dell’infanzia. Dipende molto da come la famiglia considera e vive la sessualità. Se, ad esempio, distingue le manifestazioni in accettabili o inaccettabili, questa ideologia di riferimento influenzerà moltissimo gli atteggiamenti del figlio, perché all’apparire delle pulsioni sessuali, i figli con handicap interpreteranno quasi pedissequamente i voleri e i modelli dei familiari adulti.

La famiglia normalmente collabora nel mantenere nell’oscurità la sessualità del figlio perché, così facendo, nega o rinvia i nuovi problemi che le crea questa “crescita”. Concorrono a questo atteggiamento numerosi fattori: i genitori, si diceva, vogliono negare il problema perché il figlio, essendo handicappato, **deve essere piccolo** perché non sfugga loro di mano la situazione. Infatti è evidente che: gestire i bisogni nutrizionali, e/o altre necessità fisiologiche, del figlio handicappato comporta assai meno complicazioni dell’impegno previsto per aiutarlo nell’ambito dei bisogni sessuali nelle sue varie e vaste sfaccettature. Ad esempio: i familiari sono presi dalla paura che gli educatori, i medici, i terapisti della riabilitazione, gli psicologi (come pure succede nei confronti di qualche conoscente o un vicino di casa), vedendo il ragazzo handicappato masturbarsi, pensino che è stata la famiglia ad insegnarglielo e quindi la giudichino un covo di sessuomani o di pervertiti. In questo caso, e in molti altri simili, la famiglia si sentirebbe imputata per non aver avuto la capacità di costruire sufficienti freni inibitori nel figlio. In taluni casi insistono poi i profondi desideri di rifiuto e di morte, il figlio handicappato è già abbastanza “cattivo” per la minorazione che ha, senza bisogno di aggiungervi altri elementi conturbatori. È evidente quanto si leghi all’immagine dell’handicappato quella del Male (quello con la M maiuscola) che si manifesta in terra per confermare la ragionevolezza di antiche paure ancestrali. La castità diventa così un valore molto positivo, da insegnare e da pretendere.

Spesso la famiglia si sente inadeguata ad affrontare il problema e reagisce con ansia e, spesso, aggressività, non solo nei confronti del problema stesso, ma anche nei confronti di chi, nel tentativo di aiutare, cerca di sviscerarlo, come ad esempio gli operatori, cioè quelli che condividono nella maniera più stretta tutte le problematiche legate alla “crescita” del portatore di handicap.

IL RUOLO DEGLI OPERATORI

Molte sono le similitudini di atteggiamenti psicologici e comportamentali tra i familiari e gli operatori: anzitutto la stessa modalità di soffocamento della sessualità seguita dai genitori viene esercitata, seppur con motivazioni diverse, anche dai diversi operatori. Non ci si riferisce tanto ai medici e agli psicologi, i quali hanno con l’assistito contatti occasionali, ma al personale educativo che stabilisce con gli assistiti un rapporto quotidiano che può spingersi fino alla convivenza. Questi operatori assumono funzioni integrative della famiglia e con gli assistiti svolgono compiti genitoriali. Ciò li spinge ad immedesimarsi nel ruolo dei genitori, ad assumere gli atteggiamenti e a sviluppare le fantasie e le paure proprie dei genitori naturali. La loro posizione è molto delicata. Da un lato sono professionisti, ma dall’altro il loro rapporto va ben al di là della pura prestazione di lavoro. In questo ruolo vi sono due motivi di particolare delicatezza da considerare.

1°) Nei confronti dei genitori naturali essi si pongono come integratori delle loro risorse, a volte inadeguate, per cui la famiglia è portata a considerarli di diritto come operatori di servizi e perciò ad essa subalterni. Però, nello stesso tempo, se la famiglia è dovuta ricorrere a loro, o meglio ai servizi in cui essi lavorano, è perché ha delle manifeste mancanze: di tempo, di capacità, di disponibilità affettiva, di sopportazione ... e dunque gli operatori possono essere vissuti come critici verso le “carenze familiari”. Essi vengono così a trovarsi nella

posizione di subalterni e nello stesso tempo superiori alle ideologie, ai miti, al modello di funzionamento familiare.

2°) Essi possono arrivare ad avere una tale unione con il proprio assistito da costituire con esso uno “stato di nuova fusionalità”, perché, perdendo le proprie difese costituite dal ruolo professionale, si identificano, a volte, in ogni cosa che l'assistito fa o non riesce a fare, gioiscono con lui dei risultati che ottiene e soffrono per le sue inadeguatezze fino a non saper distinguere se stessi dagli assistiti.

SE L'ASSISTITO SI INNAMORA

Se consideriamo poi che la frequentazione continua favorisce un profondo attaccamento dell'assistito verso il “suo” educatore ed il fascino speciale che l'operatore esercita sul “proprio” assistito (gli infonde sicurezza, è in grado di dominare tutte le situazioni, è colto ed è naturale che diventi anche “bello”), non si deve considerare strano che avvengano casi di innamoramento, peraltro abbastanza diffusi, dell'assistito verso il suo educatore.

Tale non infrequente situazione può creare disagi in ogni direzione:

- l'assistito ne trae quasi sempre motivi per ulteriori frustrazioni (data l'impraticabilità di un rapporto amoroso “normale” con l'operatore).

- L'operatore, dal canto suo, vivrà momenti di serio disagio di fronte alle continue profferte cui non vuole e/o non può consentire. Non secondario il disagio che egli può provare nei confronti della famiglia dell'assistito e dell'ambiente di lavoro. Temendo, infatti, di essere giudicato “colpevole” di aver provocato determinate situazioni, non ne parla con la famiglia e cerca di nasconderle nell'ambiente di lavoro sotto una finta indifferenza, pur di non compromettere il rapporto di fiducia con tutti precedentemente instaurato.

- La famiglia, poi, può passare: dal sentirsi colpevole per non aver saputo “insegnare” le norme fondamentali della convivenza, all'accusare l'operatore di “approfittare” della situazione per giustificare il figlio e se stessa.

Non scientificamente programmabile ma ugualmente importante nel considerare l'aspetto così delicato della sessualità dei portatori d'handicap sta nel rapporto personale che gli operatori stessi hanno nei confronti della sessualità.

Coloro i quali, già per propria cultura ed esperienza dimostrano più apertura verso la sessualità, non disdegnano di valutare con serenità il comportamento sessuale dell'assistito, quelli che invece sono più chiusi, preferiscono non accorgersi di nulla, oppure intervengono per inibire. Sono però proprio questi ultimi i più esposti alle situazioni intricate.

Il flusso dei sentimenti riversati su di loro dagli assistiti non può scorrere linearmente, e allora assume strade contorte dove si mescolano desiderio, paura, vergogna, conquista e vendetta, determinando situazioni aggressive improvvise o stati morbosi latenti. Il lavoro d'équipe rappresenta allora una possibile soluzione ai problemi legati alla individualità degli operatori: la discussione d'insieme stempera e diluisce i problemi personali e si possono escogitare in quell'ambito delle espedienti risolutivi.

Non mancano, anche in questo settore, esempi di deviazioni comportamentali, anche gravi, da parte di operatori maldestri e inadatti, ma la trattazione di questo argomento va lasciata ad altri studiosi: psicologi, sessuologi, psichiatri.

I numeri forniti dalla statistica odierna non consentono, infatti, di considerare tali episodi come diffusi ed importanti per noi.

Certo è che la preparazione professionale e, ancor più, l'aggiornamento permanente e su temi specifici (quale può e deve essere, appunto, quello sessuale), può contribuire in maniera determinante sulla capacità di dare risposte adeguate alle esigenze di ogni genere. Ad esempio, per quanto riguarda i corsi di aggiornamento sulla sessualità, essi potranno articolarsi su approfondimenti sotto diversi punti di vista: biologico, medico, cognitivo-comportamentale, relazionale, analitico ed esistenziale, per concentrarsi poi sui comportamenti sessuali dei soggetti con handicap.

L'esperienza diretta degli operatori, poi, dovrà essere adeguatamente “sfruttata” e trasmessa per dare riscontri concreti alle teorie formulate di volta in volta.

