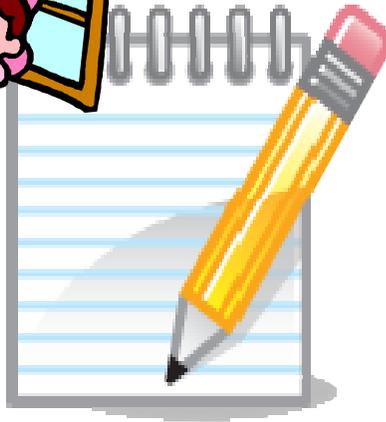


APPUNTI PER GENITORI



n. 5

(Dr.ssa Adamantia Resos)

**LA SESSUALITÀ ED AFFETTIVITÀ
DELLA PERSONA DISABILE**

INCONTRI DEI GENITORI CON GLI SPECIALISTI DEL PRESIDIO RIABILITATIVO “VILLA MARIA”

LA SESSUALITÀ ED AFFETTIVITÀ DELLA PERSONA DISABILE

(Dr.ssa Adamantia Resos, Neuropsichiatra Infantile)

INTRODUZIONE



Nel corso degli anni '80 del secolo scorso l'interesse sulle dimensioni di affettività e sessualità nella condizione di disabilità ha avuto importanti sviluppi e l'attenzione è stata posta, oltre che ai diretti interessati, anche ai familiari (caregiver), a tutti coloro che operano in questo specifico ambito, oltre ai servizi socio – educativi ed assistenziali. Questa serata è ovviamente dedicata alla riflessione sulla sessualità dei solo disabili intellettivi.

Gli stereotipi della disabilità

Allo stato attuale, sebbene sembri più diffuso un atteggiamento di maggiore riconoscimento della sessualità, continua a persistere una tendenza a negare il bisogno ed il desiderio sessuale nelle persone disabili. Il disabile viene spesso considerato un eterno bambino ed il bisogno di sessualità è ricondotto a situazioni di disobbedienza. La sessualità per queste persone è ritenuta pertanto pericolosa, da tenere sotto controllo e da gestire. Le difficoltà maggiori sembrerebbero provenire dalla famiglia, la quale il più delle volte non considererebbe il disabile come essere sessuato, confinandolo in una situazione di iperprotezione che ne prolunga lo stato infantile e adolescenziale. L'atteggiamento comune è quello di censurare la realtà sessuale, ritenuta sconveniente, eccessiva e perversa.

Non mancano gli stereotipi relativi alle differenze di genere: in tal senso, la donna disabile, spesso lontana dai modelli standard di bellezza fisica, non potrebbe neanche suscitare desideri sessuali e tanto meno assumersi la responsabilità di una vita familiare. Diversi sono gli stereotipi sociali sulla sessualità dei disabili; a tale proposito vi propongo una sintesi, secondo cui i disabili:

- devono essere protetti dalla loro sessualità perché appaiono come bambini dipendenti;
- non hanno le capacità di imparare la sessualità;
- sono esseri asessuati o, all'opposto, ipersessuati;
- non hanno gli stessi bisogni, desideri, sentimenti e capacità dei normodotati;
- hanno impulsi sessuali incontrollati e di conseguenza mancano di inibizione e indulgono in comportamenti immorali;
- sono spesso abusatori;

educarli alla sessualità può stimolarli eccessivamente ad indulgere in attività sessuali che altrimenti non metterebbero in atto.

Lo sviluppo psicosessuale nei disabili

Da un punto di vista evolutivo sembra esservi nel disabile un'asincronia tra lo sviluppo fisico e quello psicologico. Ad eccezione dei casi in cui il ritardo mentale è associato ad anomalie congenite degli organi genitali, i caratteri biologici necessari per la vita sessuale sono presenti e si evolvono nel soggetto con disabilità di tipo mentale esattamente come accade nella popolazione generale.

Elementi di differenziazione possono semmai essere introdotti sui modi, tempi e qualità dello sviluppo mentale oltre sulle situazioni contestuali in cui si svolge. Tali differenze dovute alle molteplici cause del ritardo mentale si ripercuoterebbero in particolare nell'asincronismo dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari ed implicherebbero, a seconda dei casi, uno sviluppo sessuale molto differente; inoltre, sembrerebbe esistere un'associazione positiva tra maturazione ritardata e ritardo mentale. Sono state messe in luce differenze dovute ad età, sesso e grado di ritardo; in generale, se il ritardo mentale è profondo, la sessualità sarebbe meno evidente, mentre se il ritardo è lieve la ses-

sualità si avvicinerebbe a quella dei normodotati.

Il ritardo nello sviluppo psicosessuale può essere inoltre aggravato dalla presenza di barriere sociali e dalla reale assenza di opportunità, per i giovani disabili intellettivi, di sviluppare la consapevolezza di se stessi e delle proprie manifestazioni sessuali. Durante l'età prescolare, i bambini disabili mostrerebbero curiosità, anche se meno intensa, verso le differenze sessuali tra maschi e femmine. Raramente ai bambini verrebbero date indicazioni che soddisfino tali curiosità, quando presenti, e ne conseguirebbe un'incapacità di differenziare i contesti pubblici da quelli privati, per cui la tendenza a mettere in atto comportamenti sessuali in pubblico.

I disabili hanno interazioni sociali limitate e poche occasioni di osservare i loro pari, con il risultato di non riuscire a riconoscere quali sono i comportamenti adeguati. La loro consapevolezza sessuale aumenta durante l'età scolare, ma poiché le loro attività sociali sono strettamente supervisionate, la normale espressione sessuale viene spesso scoraggiata. La maggior parte di loro ha uno sviluppo normale.

Le manifestazioni sessuali nei disabili

Per quanto riguarda l'espressione della sessualità nei disabili un aspetto importante spesso considerato si riferisce alla capacità di acconsentire autonomamente ad un contatto sessuale. La capacità di dare il proprio consenso è strettamente legata alla conoscenza del comportamento sessuale e delle sue conseguenze, alla capacità di proteggersi, di interagire con i pari, oltre che alla possibilità di stabilire relazioni sociali e di comprendere se il contesto è quello adatto per determinati comportamenti.

Si parla, a tale proposito, di **stima sessuale** per definire la tendenza generalizzata a valutare positivamente la propria capacità di rapportarsi sessualmente ad un'altra persona e di stima del corpo, riferendosi alla valutazione complessiva, positiva o negativa, del proprio corpo.

Recenti indagini sulla sessualità hanno messo in luce come la maggior parte dei disabili sia sessualmente attiva.

Anche se tra le manifestazioni sessuali più diffuse si ritrovano le espressioni di tenerezza, quali ad esempio gli abbracci e la vicinanza fisica, la masturbazione rappresenterebbe l'espressione più frequente e normale di una sessualità "genitale", sebbene in molti casi accompagnata da sentimenti di tipo negativo. La maggior parte dei disabili che si masturba non riuscirebbe, di fatto, a raggiungere l'orgasmo, innescando con tale insuccesso sentimenti di frustrazione.

Manifestazioni sessuali e caratteristiche della disabilità

Molti studi sottolineano l'importanza di tenere in considerazione il tipo e la gravità della disabilità. Non sono state individuate particolari differenze tra coloro che hanno disabilità fisiche e psichiche sebbene il tabù riferito alla procreazione sia più forte quando riferito ai disabili mentali. C'è chi riferisce nelle persone con ritardo di sviluppo o con disabilità intellettive la presenza di minori conoscenze ed esperienze sessuali, atteggiamenti negativi verso il sesso e bisogni sessuali più intensi rispetto a coloro che hanno disabilità solo di tipo fisico. Riguardo agli atteggiamenti verso la sessualità, tuttavia, emergerebbero risultati contrastanti.

Gestione della sessualità nella disabilità

La valenza ansiogena legata alle tematiche della disabilità e della sessualità potrebbe in parte giustificare questo atteggiamento di negazione e di repressione. Persiste la difficoltà ad accettare che una persona disabile possa manifestare bisogni sessuali analoghi a quelli di una persona normodotata.

Il disagio nell'accogliere la dimensione sessuale e la sua espressione nella persona disabile può essere imputato alla tendenza a considerare la sessualità come mera realtà naturale/organica scarsamente o per nulla correlata a fattori affettivi, relazionali e sociali. La diretta conseguenza di un tale approccio è la considerazione della sessualità come aspetto fruibile soltanto da persone con un apparato biologico sano e funzionante.



La famiglia del disabile

L'ambiente familiare influenza lo sviluppo psicologico di ogni essere umano, favorendo l'autorealizzazione, le relazioni interpersonali e l'apertura verso l'esterno.

La nascita di un figlio disabile rappresenta per il nucleo familiare un'esperienza stressante e spesso di difficile gestione. Il figlio può essere considerato una vergogna; maggiori sono le aspettative legate alla nascita e più intenso è il sentimento di fallimento. Può svilupparsi anche una "famiglia disabile" dove le forti emozioni connotate negativamente determinano ruoli e legami particolari, come quelli madre-figlio. Anche il ruolo del padre, fino a pochi anni fa sottovalutato, viene considerato fondamentale al pari di quello materno.

La famiglia si trova spesso a dover fronteggiare l'ambivalenza verso il proprio figlio disabile: da un lato, il desiderio dei genitori di volere una vita normale, dall'altro il desiderio e la necessità di iperproteggerlo. L'atteggiamento di iperprotezione è spesso associato a conseguenze negative: ad es. si segnala che negli adolescenti non vedenti maschi, a differenza delle coetanee femmine, tali atteggiamenti comportano una inibizione del normale svolgimento dell'attività sessuale, mentre atteggiamenti di opposizione da parte dei familiari ne favoriscono la ricerca.

Da alcuni studi condotti in merito, l'atteggiamento prevalente da parte dei genitori sembrerebbe essere quello iperprotettivo, con il rischio di degenerare in un legame di dipendenza. La famiglia, invece di essere un veicolo ed un supporto per l'inserimento nel contesto sociale, può diventare il luogo esclusivo nel quale si consuma il dramma. La sessualità del figlio può essere vissuta al pari di un lutto. Durante l'adolescenza il dolore dei genitori si riacutizza quando si trovano ad affrontare e dover gestire la maturazione sessuale. Ciò porta a negare l'adulità e quindi la sessualità del figlio, spesso ancora considerato un bambino. La negazione dell'identità sessuale conduce i genitori ad una sofferenza nel vedere il figlio come un adulto che non corrisponde ai canoni sociali (Associazione Tuttinsieme, 2006).

I genitori, oltre a mostrare un'incertezza relativa alla modalità con cui affrontare la sessualità, possono avere atteggiamenti ansiosi ed ambivalenti; talvolta, possono considerare perversioni le comuni manifestazioni sessuali dei figli preferendo non affrontare l'argomento.

Molti familiari riferiscono preoccupazioni relative alle difficoltà nel trovare un compagno in grado di ricambiare i sentimenti di affetto.

Paure frequenti tra i genitori sono anche le gravidanze indesiderate, gli abusi, o l'incapacità da parte del figlio di esprimere in modo appropriato la sessualità.

Sebbene non siano disponibili linee guida a cui fare riferimento, interessanti sono alcuni criteri proposti in passato:

- non sostituirsi al disabile, prendendo decisioni per lui;
- cercare di comprendere il vero bisogno sottostante alle espressioni manifestate (Spesso dietro l'erotismo c'è in realtà il bisogno di avere una relazione affettiva con un pari dell'altro sesso);
- valutare il rischio, quindi se c'è correlazione tra bisogno specifico e livello di integrazione cognitiva e affettiva o tra tipo della soddisfazione ipotizzabile e livello di comprensione delle conseguenze.

Tale concetto è detto credito del rischio e fa parte del processo di autonomizzazione del disabile mentale. Non devono essere esclusi aiuti e sostegni finalizzati al conseguimento dell'autonomia nelle proprie scelte come l'educazione alla pratica del rapporto sessuale ed all'impiego di misure contraccettive.



Interventi educativi e formativi

La sessualità è relazione, contatto, desiderio e piacere. Al disabile psichico questi aspetti fisici e psicologici vengono negati: durante l'infanzia ne è spesso deprivato, e nell'adolescenza vengono disconosciuti i suoi bisogni. Al pari delle persone normodotate, anche per i disabili, l'obiettivo dell'educazione alla sessualità dovrebbe essere quello di fornire informazioni e conoscenze commisurate alla capacità di comprendere e di dare risposte pertinenti e veritiere, cercando di integrarle nel processo di sviluppo della persona

Nella pratica odierna, tuttavia, l'educazione sessuale per le persone disabili è, quando presente, generalmente limitata alla prevenzione delle conseguenze negative ad essa legate quali l'abuso sessuale, le gravidanze indesiderate ed eventuali disagi. Viene rilevata una carenza di informazioni che consenta di considerare la sessualità come parte naturale e salutare della vita. A tale proposito, qualche studioso ha individuato nei bambini disabili una limitata possibilità di accedere ai programmi educativi sulla sessualità.

Interventi mirati dovrebbero tenere conto delle differenze di genere ma anche dell'età di insorgenza del deficit, spesso legata al tipo di richieste e bisogni manifestati. Inoltre, dovrebbero favorire la consapevolezza che la disabilità non esclude la propria sessualità e dovrebbero promuovere la maturazione sessuale e fornire opportunità di sviluppo delle abilità sociali, volte al potenziamento dell'autostima e delle capacità decisionali, nonché alla sperimentazione della reciprocità del piacere ed alla consapevolezza dell'assistenza legale in caso di abuso.

Un obiettivo importante, oltre al raggiungimento dell'autonomia si riferisce alla normalizzazione della sessualità, che gradualmente accompagni il disabile verso una libera conversazione degli aspetti ad essa legati.

Un altro aspetto che dovrebbe essere sottolineato è che i disabili hanno gli stessi desideri, sentimenti e bisogni emotivi e fisici dei normodotati. Molte tra le ragazze disabili, ad esempio, al pari di tutte le loro coetanee, necessitano di ricevere informazioni sulla gestione del ciclo mestruale e dei disordini premestruali.

Nello specifico, alcuni studi (Veglia, 1991), sostengono che gli obiettivi principali degli interventi dovrebbero essere volti alla garanzia del diritto d'espressione della sessualità e, durante il percorso educativo, all'esplorazione dei diversi aspetti relativi alla sessualità: relazioni interpersonali, identificazione delle varie parti del corpo, interazione sessuale, gravidanza, aborto, parto, omosessualità e malattie sessualmente trasmissibili, oltre alla intimità e agli atteggiamenti positivi verso la sessualità.



Secondo Tepper invece, un programma educativo rivolto ai disabili dovrebbe avere come obiettivo l'incremento delle conoscenze sulla sessualità umana, portare alla consapevolezza dei propri atteggiamenti verso la sessualità ed incrementare le competenze sociali interpersonali e sessuali.

Se in famiglia l'argomento rimane nascosto non c'è possibilità di accertare l'accuratezza delle informazioni ricevute, né di confrontarsi circa i sentimenti, i pensieri, le esperienze e i bisogni, non considerando che il silenzio davanti a tali argomenti può essere sinonimo di un'accezione negativa della sessualità. Un'educazione di tipo soltanto formale non sembra essere sufficiente in quanto è opportuno che le informazioni fornite modifichino quelle pregresse e che facilitino le esperienze di interazione.

È opportuno che la famiglia sia supportata e informata circa i vari stadi dello sviluppo psicosessuale del proprio figlio disabile così da poter impiegare le opportune modalità con cui affrontare i bisogni richiesti, tra cui preparare il proprio figlio alla pubertà ed ai cambiamenti corporei che essa comporta, affrontare il cambiamento non soltanto da un punto di vista fisico ma anche emotivo, di interazione, intimo e affettivo

L'ULSS di Torino ha promosso un progetto che con l'apertura di uno sportello informativo e consulenziale cittadino dedicato alla tematica "Handicap e sessualità" si sottende dunque allo sviluppo di uno spazio culturale atto a coniugare studio e ricerca con accoglienza, ascolto, riflessione, confronto, coinvolgimento di singoli, famiglie, operatori, associazioni.

Educare alla sessualità

Partiamo dal presupposto principale, e cioè che fare educazione sessuale non è facile né per l'educatore né tanto meno per il genitore, perché ciò comporta una serie di atteggiamenti che devono essere analizzati attentamente prima di iniziare un percorso educativo in tal senso.



Per arrivare alla definitiva formulazione di un progetto di educazione sessuale (per *l'educatore/insegnante*) o l'approccio dialettico (per *il genitore*) si dovranno tenere presenti i seguenti punti:

- riflettere sul proprio modo di pensare riguardo alla sessualità, valutando il proprio pensiero etico, la propria esperienza, il proprio modo di rapportarsi al problema (*sia educatori che genitori*)

- superare qualunque tipo di stereotipo culturale abbiamo acquistato nel corso della nostra esperienza di vita (genitori ed educatori/insegnanti), attraverso l'approfondimento culturale con libri e riviste di settore, discutendone con i colleghi e partecipando a corsi di aggiornamento e stando attenti a non cristallizzarsi sulla propria opinione (*educatori/insegnanti*).
- mantenere un dialogo sempre aperto con i figli (genitori).
- parlare anche in incontri collettivi ed illustrando le proprie problematiche ed eventuali difficoltà (genitori).

Masturbazione dei bambini (nei maschi e nelle femmine).

L'autoerotismo è una delle situazioni più ricorrenti che viene sempre più o meno accettata, sia in famiglia che nei Centri. Strumento dell'esperienza autoerotica è la masturbazione che consiste nella stimolazione dei propri organi genitale al fine di provare piacere e tendere al raggiungimento dell'orgasmo. La masturbazione non è dannosa né per la salute fisica né per quella mentale. Certe volte può essere "compulsiva" e quindi "disadattiva" pur essendo la conseguenza e non la causa di un qualche disturbo. La masturbazione è un comportamento che richiede svariate abilità cognitive, di motricità e di un certo self control, perché la stimolazione dei genitali deve essere modulata e continuata.

Se nei bambini (normoabili o disabili) la masturbazione è troppo frequente, fatta indistintamente in pubblico o in privato o tale da impedire di socializzare potrebbe essere sintomo di noia, rabbia, paura (modalità consolatoria, masturbazione come emergenza di un altro problema). Se la masturbazione è troppo esibita o compulsiva o vissuta in alterazione della coscienza, che non da soddisfazione, può esserci il sospetto di un abuso.

Tra la popolazione di soggetti disabili con deficit mentale grave la masturbazione rappresenta una delle manifestazioni più frequenti. Spesso la masturbazione è un comportamento difficile da imparare anche per i normodotati, soprattutto per le donne, ed è a volte ostacolato dall'uso dei farmaci, tra i quali alcuni neurolettici. Inoltre nei bambini disabili ci vuole più tempo a organizzare i pattern percettivo-motori.

I ragazzi si masturbano più spesso ed in percentuale maggiore delle ragazze (questo divario va diminuendo) e queste ultime, contrariamente ai primi si servono raramente di stimoli secondari visivi, pornografici o di altro genere e parlano di temi sessuali meno degli uomini, perciò nella sperimentazione di pratiche sessuali come la masturbazione tendono, o almeno fino ad oggi tendevano, ad essere più inibite di fronte alla scoperta del piacere attraverso il proprio corpo.

La masturbazione maschile sembra più scontata, più evidente e comunque la genialità femminile è più complessa, ma anche più ricca di sfumatura e d'intensità del piacere.

Questo discorso vale certamente anche per i disabili, essendo la masturbazione molto frequente tra i maschi, ma molto meno tra le femmine, man mano che i deficit mentale si manifesta meno grave.

Capita comunque abbastanza di frequente che il piacere autorerotico aumenti se il soggetto si masturba davanti al qualcuno e ciò perché è l'equivalente di fare l'amore con partner effettivamente significativi, sia reali che immaginari.

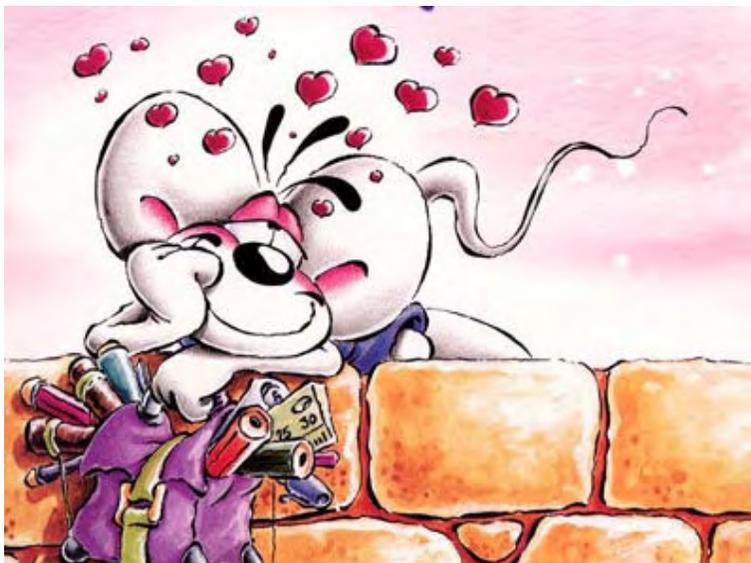
La masturbazione nei bambini, come fattore di crescita, è un organizzatore della conoscenza di sé.

L'intervento educativo più che orientato a far sì che il bambino non si masturbi affatto va indirizzato ad educare il bambino, per es. ad evitare luoghi e tempi inadeguati; risulta molto utile la tecnica del rinforzo differenziato: "se ti masturbo in bagno sono contento e sto bene con te". Ma ciò è difficile da realizzare perché è correlato alla nostra idea di masturbazione (pensieri come ad esempio: "a chi faccio dispiacere se penso che toccarci fa crescere")



Ma loro che dicono?

“Delle donne, io non penso nulla. Io le donne le guardo così, sono belle o sono racchie e brutte. Una donna bella è la Genny perché è belloccia, ha un naso a pisciolo e capelli neri come i banditi. Anche gli occhi sono belli, azzurri. Alla televisione di donne belle c’è quella...” In genere tutte le donne sono brave, stanno in casa a fare da mangiare, stirano, lavano, e poi escono e vanno a spasso a fare la spesa. Sono anche un po’ chiacchierone, a volte chiacchierano troppo e mi vuotano la testa, specialmente qui in refertorio, a tavola. Io non mi sono mai fidanzato, solo una volta e poi basta. Mi ha lasciato lei perché non si andava d’accordo; lei aveva un altro fidanzato. Non me ne è importato nulla. Non voglio grattacapi. Io ci ho la mia zia Lella, sta a Grosseto e vo a trovarla in estate. Poi non ho cercato altra fidanzate perché su questo io non sono d’accordo.” (Roberto)



Questo brano è tratto dal bollettino di un Centro di socializzazione e credo sia lo specchio della situazione generale di autoconvincimento del ragazzo disabile: “meglio senza la fidanzata”, rafforzata da quel: “io non sono d’accordo” che lascia trasparire in realtà un: “la mamma non è d’accordo”.

Questo è un classico degli stereotipi che influiscono così fortemente su ragazzi e ragazze: “ le donne stanno in casa a fare da mangiare, stirano, lavano,...”.

I vissuti sono spesso indotti, sono messaggi obbligati da una mentalità corrente. Comunque sono sempre, o quasi, i genitori ad inculcare certi principi e a rafforzarlo e comunque sempre nel bene e nel male, sono l'ago della bilancia, come nei casi che stiamo per analizzare.



Per alcuni esempi pratici di approfondimento del tema si rinvia al libro di Andrea Mannucci *“Peter Pan vuole fare l'amore. La sessualità e l'educazione alla sessualità dei disabili”*

Pagina per gli appunti personali



a cura dell' ASSOCIAZIONE DEI GENITORI
"ANGELI DI VILLA MARIA"

PRESIDIO RIABILITATIVO "VILLA MARIA"
Giugno 2010

http://www.centrovillamaria.org/download/AppuntiGenitori_04.pdf