

10

BORLA

RIVISTA DI SESSUOLOGIA

RIVISTA DI SESSUOLOGIA num. 2 - 1987

EDITORIALE

L'AMBIGUO LINGUAGGIO DELL'EROS (I)

LO SPAZIO INTERIORE FEMMINILE NELL'ADOLESCENZA:
UNO STUDIO ESPLORATIVO

PANSESSUALISMO FREUDIANO? PUBBLICAZIONE
DI UNA LETTERA CHIARIFICATRICE

HANDICAP, SESSUALITÀ E IDENTITÀ:
UNA EMANCIPAZIONE DIFFICILE

EROTISMO E PORNOGRAFIA: CONSIDERAZIONI MORALI

TRANSFERT E PRIMO COLLOQUIO IN SESSUOLOGIA CLINICA:
UNA PROPOSTA DI METODO

LIBRI

RIVISTE

aprile/giugno 1987

vol.11 n.2

HANDICAP, SESSUALITÀ E IDENTITÀ: UNA EMANCIPAZIONE DIFFICILE

Premessa

Nell'esperienza esistenziale, personale e sociale, di un handicappato il problema della sessualità è senza dubbio un fatto centrale, come per tutti. Tuttavia l'argomento registra una bibliografia estremamente ridotta: circa 150 pubblicazioni (pochi libri, articoli, ciclostilati), evidente effetto di un atteggiamento culturale e scientifico di rimozione.

Agli inizi degli anni '70 il tema fu proposto in termini di protesta e di denuncia, nel quadro dei *movimenti di liberazione* e della rivolta espressiva contro i *crimini di pace* delle società capitalistiche. La richiesta di libertà delle donne, dei giovani circa l'esercizio, le modalità e i fini della sessualità, coinvolsero per la prima volta anche gli handicappati, i malati mentali, gli omosessuali, i «pervertiti» e con toni più pacati la terza età.

In quell'atmosfera si mescolarono posizioni e autori, affrettatamente letti, di origine disparata: Goffman, Basaglia, Reich, Marcuse, Foucault e successivamente antropologi, sociologi, pedagogisti, cultori della psicomotricità ed i loro infiniti ed evanescenti epigoni nazionali e provinciali. È il momento della «liberazione» non solo delle classi subalterne, delle minoranze etniche, religiose e sociali, ma anche e soprattutto dei diversi: Gay Liberation, Womens' Liberation, Mental Patients' Liberation ed in generale di tutti gli utenti dell'assistenza, intesa come controllo terapeutico della devianza. Si annulla la distinzione fra sfera privata e sfera pubblica, si giunge alla *politicizzazione della vita quotidiana* (Laing), la controcultura trasforma in fatto politico l'uso della droga, il furto, la fuga da casa, la psicosi, il suicidio e qualsiasi altra espressione dell'angoscia dell'individuo.

Allora si cominciò a parlare della sessualità degli handicappati, la confusione fu tanta e continua ancora.

Un esame della letteratura dimostra che, superata l'esaltazione cripto-politica, non si è ancora ricomposta la frammentarietà e l'incertezza di approccio.

Si sono consolidate in sostanza quattro prospettive:

— la prima fa riferimento alle testimonianze degli stessi handicappati in termini di «bisogno sessuale»;

— la seconda riguarda l'interpretazione e la discussione medica, sotto il profilo organico e positivo; si tratta soprattutto delle questioni connesse con le disfunzioni sessuali e dell'apparato riproduttivo dei soggetti che hanno subito traumi e lesioni midollari (la maggior parte dei congressi specializ-

* Ricercatore nella Facoltà di Medicina, Università di Bologna.

zati si riferisce a questa fascia di handicappati e l'impressione è quella di un certo «voyeurismo» scientifico);

— la terza si esplica in un ambito statistico e sociologico, con alcune indicazioni psicologiche, al fine di indicare soluzioni pragmatiche o «sostitutive» da utilizzare da parte degli «educatori», tecnici dalla riabilitazione, operatori socio-sanitari: l'obiettivo è quello di contenere e normalizzare le pulsioni sessuali sia per evitare comportamenti aggressivi, sia per favorire la tranquillità e l'accettazione dell'ambiente sociale e delle famiglie;

— la quarta e più ristretta area riguarda gli aspetti morali e religiosi dell'espressione della sessualità da parte dei portatori di handicaps, con particolare attenzione al suo esercizio al di fuori del matrimonio, e alla scelta della castità come «offerta di sofferenza».

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la sessualità è «una integrazione degli aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali dell'individuo sessuato in modo da arrivare ad un arricchimento e ad una realizzazione della personalità umana, della comunicazione e dell'amore».

Come in tutte «le dichiarazioni universali» anche in questa c'è qualcosa di vero, però in senso astratto e con riferimento ad una condizione umana non problematica e perciò stesso discriminante.

Per quanto in particolare riguarda gli handicappati, l'enunciazione dell'O.M.S. potrebbe rappresentare addirittura un atto di censura e di esclusione preventiva, proprio perché richiede una situazione di salute, di armonia e di equilibrio che difficilmente si verificano. In realtà l'argomento è complesso e non si presta a generalizzazioni. Occorre almeno tener conto, a proposito della sessualità degli handicappati, delle seguenti variabili:

— grado e tipo di handicap (secondo gli indici lieve, medio, grave, motorio, psichico);

— epoca di insorgenza dell'handicap (infanzia, adolescenza, età adulta), poiché le reazioni sono diverse a seconda che l'invalidità sia un fatto strutturante della personalità oppure si instauri successivamente;

— la distinzione fra le difficoltà personali e quelle derivanti dalla cultura o dall'ambiente (le prime riguardano il vissuto individuale, le seconde gli atteggiamenti che concorrono alla definizione dell'identità psicologica e del ruolo sociale del soggetto);

— età e sesso (si tratta di due elementi che nella nostra cultura influiscono sulla sessualità e l'affettività e ne codificano le manifestazioni).

Non è possibile, in questa sede, affrontare in modo articolato tutte le possibili variazioni e correlazioni fra handicap e sessualità. Mi limiterò ad un'esposizione dei dati fondamentali.

Una sola premessa: l'analisi e le poche interpretazioni sono proposte in termini di psicologia normale, non speciale, non specifica.

Esiste una vasta letteratura autobiografica (scarsamente conosciuta e utilizzata) di handicappati per i quali il dato centrale della sofferenza e dell'angoscia, dell'umiliazione e della solitudine, è costituito dall'esclusione

o dalla repressione della loro sessualità, che rappresenta una negazione di identità corporea e psicologica, irreversibile ed irrimediabile. Esiste inoltre una pubblicistica minore molto più diffusa che si esprime in termini di provocazione e che interpreta il fenomeno secondo modelli «politici» e di costume: Padovani, Benzi, Valgimigli, Guidi. Questi autori traggono spunto dalle testimonianze dei portatori di handicaps che utilizziamo non perché si tratti di materiale scientificamente attendibile (è sempre comunque analisi introspettiva), ma per tentare un discorso da dati conosciuti.

Sessualità come istinto

Nei brani che seguono la richiesta della sessualità è espressa in termini istintuali e libidici. A questa tipologia di esperienze (che risulta la più «sovrapponibile») ha corrisposto soprattutto l'adesione politica di una certa sinistra e la comprensione della cultura, positivista e pragmatica, delle social-democrazie europee.

Come l'istinto alimentare garantisce la sopravvivenza dell'individuo, così la «fame sessuale» garantisce la sopravvivenza della specie, come non si nega un pezzo di pane, così non si può rifiutare il soddisfacimento delle pulsioni sessuali. Per gli handicappati però deve essere sconsigliato o addirittura impedito lo «scopo riproduttivo» sia per i motivi connessi ai rischi e ai pregiudizi dell'ereditarietà delle malattie, sia per evitare complicazioni e costi di carattere assistenziale (gravidanza non voluta, problemi giuridici e amministrativi). Ma è soprattutto la concezione della famiglia mononucleare, intesa come unità autosufficiente di produzione e di consumo, ambito di un privato estetico ed antropologico omologabile con la società, che contrasta con un consenso della sessualità degli handicappati che vada oltre il soddisfacimento dell'istinto. D'altra parte la «tensione psicoemotiva» che deriva, nelle persone e nei gruppi, dalla mancanza di rapporti sessuali, può determinare fenomeni di squilibrio nei soggetti (e quindi l'esigenza d'interventi specialistici e la compromissione dell'adesione ai processi riabilitativi) e manifestazioni di disadattamento e di disturbo familiare e sociale.

Per questi motivi si spiegano e si giustificano un ventaglio di soluzioni soltanto in apparenza contraddittorie: favorire gli handicappati ad esercitare fra di loro la sessualità (non importa il modo), organizzare l'intervento della prostituzione (femminile e maschile), provvedere alla sterilizzazione dei soggetti (come consentono le leggi di alcuni Stati nord-americani), intervenire farmacologicamente con tranquillanti, neurolettici o terapie ormonali (estrogeni e progestinici) e varie forme di contraccezione.

Il dato unificante di questi interventi, che variano per tipologia e intensità a seconda che si tratti di uomini o di donne, di handicappati fisici o mentali, è costituito comunque da un atteggiamento di eterogestione, che pre-

suppone una attribuzione di incapacità e di inferiorità per molti aspetti analoga alla concezione clinica di «malattia».

«Alla mia età... non ce la faccio più... loro hanno un bel dire che sono così, che sono spastico... che non devo pensare a certe cose... Ma io... io; tu lo sai come sono, non me ne frega niente... Io in fondo ci sto bene così... sono abituato... sono nato così. Non è che voglia cambiarmi... ma voglio c-h-i-a-v-a-r-e e poi avere una donna mia... tutta per me... che mi curi... che sia vicina a me, tutta, per sempre...».

«Non sento vergogna ad affermare, che sin dalla più precoce adolescenza ho provato un bisogno terribile d'amore nella sua più completa intierezza. Spesso mi sono innamorata a distanza, di ragazzi che non ho mai potuto avvicinare o frequentare come avrei voluto.

C'era in me molta ribellione non per quell'infermità che mi impediva di camminare liberamente; bensì per coloro, che a causa di troppo affetto, ignoranza, stupido senso del pudore mi tenevano mio malgrado lontano da tali esperienze. Non sono mancate le lacrime, le preghiere febbrili nelle infinite ore notturne, quando più atrocemente sentivo la mancanza di un uomo mio e non sapevo dell'esistenza di certi vizi solitari. I ricorrenti sogni conditi di baci, carezze intime, ecc., torturavano la mia mente e mi straziavano il cuore. Se poi, mi capitava di leggere (e lo facevo di proposito) dei romanzi ove il rapporto sessuale vi era descritto nei minimi particolari, mi immedesimo talmente in quei personaggi da star male. Facilmente il respiro mi si alterava, impallidivo, gli occhi si circondavano di due aloni scuri e lo stomaco si chiudeva come sotto una morsa».

«Il problema sessuale che fin dagli anni della prima adolescenza ha pesato nella mia esistenza, adesso è diventato assillante e drammatico; a causa della forzata astinenza, questo esasperante desiderio di donna diventa morboso e mi innamora di tutte le ragazze che, a turno, vengono a trovarmi a casa».

«A Het Dorp, ho conosciuto il signor Henk van Koperen, inventore e presidente di una associazione per le relazioni alternative che raggruppa maschi e femmine disposti a soddisfare ogni tipo di esigenza sessuale degli handicappati. Naturalmente, dice Koperen, non a quelli a cui manca un dito della mano.

Van Koperen è uno spastico e i problemi degli handicappati li conosce bene. La sua, dice, è un'iniziativa di grande umanità. Ho conosciuto anche una delle donne che lavorano per l'organizzazione.

«È un bel lavoro, mi ha detto, mi piace ed è sempre diverso».

Ma quando gli altri ti dicono che sei una prostituta?

«Non mi importa. Forse, lo sono. Ma io impiego circa due ore per soddisfare la persona che mi chiama. Faccio il caffè e cerco di instaurare un rapporto di sincera amicizia. Non tutti sono disposti a perdere tanto tempo, non tutti vanno con un handicappato e non tutti ne hanno la capacità e le qualità spirituali».

Ma tu ti fai pagare?

«Anche un medico, un infermiere o un assistente sociale si fanno pagare; perché non io? Devo anche vivere».

Le chiamano "social workers". Il prezzo è di centocinquantamila lire, in fiorini, però. Organizzazioni simili esistono in Germania, in Svezia e in Svizzera».

«Sul lungomare, di sera, ci sono delle belle signore che ti "vendono" il loro corpo. Ci fermiamo con la nostra "cinquecento" — "senti" dico io — "c'è qui un mio amico che è paralizzato... si accontenta di poco" — "mi dispiace sto aspettando un cliente, prova più avanti dopo la curva".

Peppino è agitato e mi dice di lasciar perdere, tanto è abituato a questi "no". Ritournerà ai suoi amori immaginari e ai sogni erotici di sempre. Girata la curva, c'è chi è disposta ad "incontrarsi" con lui. Si avvicina alla macchina, lo vede e rifiuta. Peppino è brutto, molto brutto. Ma le prostitute si rifiutano? Le donne che si sono interessate a lui con tanto "disponibile" affetto, più di una volta lo hanno ricacciato perché Peppino tentava qualche carezza furtiva.

Mesi ed anni in cui l'unico contatto con l'altro sesso è il profumo della pelle che traspira dal vestito delle ragazze che lo spingono sulla carrozzella. Se questo non può bastare tanto meno basta lo sbirciare la toppa del bagno della sua assistente.

Il nostro giro notturno continua e Peppino trova chi lo accontenta: un "travestito". È il primo contatto fisico con un essere umano che lo accetta così com'è».

Affettività sì, sesso no

I brani che seguono, esemplificativi di numerosissime esperienze analoghe, dimostrano essenzialmente l'asimmetria e la distanza psicologica che si verifica tra un portatore di handicap e un normodotato circa la sessualità. Mentre l'approccio affettivo nei confronti degli handicappati è stimato e raccomandato, sia sotto il profilo etico, sia sotto quello umano, la sua evoluzione erotica provoca una discrepanza ineliminabile ed una ridefinizione del rapporto che conduce al distacco. La gradualità e l'ambivalenza dei sentimenti di amicizia e di compassione che si verificano fra un normodotato ed un portatore di handicap di altro sesso, possono esprimersi fino al limite di un coinvolgimento che però non deve mai raggiungere la soglia della corporeità e della genitalità, perché in questo caso il partner «sano» dovrebbe investire nella relazione una percezione della realtà che, investendo il cosciente, distruggerebbe l'*Io ideale* e risveglierebbe le istanze superegoiche dell'ambiente e degli atteggiamenti sociali nei confronti del potenziale oggetto d'amore. In questi casi la relazione o continua in un'atmosfera di complicità reciproca e di sublimazione o viene bruscamente interrotta «per evitare inutili sofferenze». Per la verità, il vissuto dell'handicappato in queste situazioni ambigue e transizionali non è comprensibile se non in termini analogici; l'isolamento e la solitudine, la forte esigenza di compensazione, come condizione essenziale della ricostruzione dell'autostima, la facilità di innamoramento come conseguenza di un ritardato o impedito sviluppo della sessualità, sono tutti fattori che possono produrre una realtà

ed una simbolizzazione del rapporto che non risulta omogenea nell'interazione con l'altro.

Le aspettative di amore e di soddisfazione erotica dell'handicappato risultano spesso superiori a quanto il partner possa immaginare o sia disposto ad accettare. Se si riesce ad infrangere lo schermo dell'estraneità e dell'alienità corporea che compromette la comunicazione, si verificano vere espressioni di sessualità adeguata e soddisfacente, proprio perché sono frutto di una conquista non più mediata dalle apparenze e codificata dalle regole, in caso contrario, come più spesso avviene, l'insuccesso determina formazioni reattive, ritirata nell'invalidismo, rafforzamento del complesso d'inferiorità.

x «Qualcuno bussa alla camera di Enrico, paralizzato a letto; è Patrizia: bionda, carina, molto per bene. Oggi è il suo giorno di buona azione. Ma per Enrico non è così. Per lui è una donna, che gli prende la mano, gli accarezza la fronte, lo bacia...

Dopo mezz'ora Patrizia se ne va. Enrico rimane solo a pensare. È molto carina Patrizia; gli piace proprio, forse è innamorato: "La prossima volta glielo dico...". Patrizia è tornata, ha ascoltato tutto: "Sei un caro amico, tu mi piaci anche... ma, credimi non me la sento, se tu non fossi così..."».

«Io amo Marta. Ecco che esisto! È giovane, bella, fresca, femminile. La gente dice: "Lui è innamorato! Non ha alcun senso del ridicolo? Quando si è mai visto un infermo incapace di provvedere ai propri bisogni, irrecuperabile, amare una donna?". Mi attaccai a Marta come un naufrago... quando mi confidai essa fu, in apparenza, molto commossa del mio sentimento e stringendomi forte la mano mi disse che io avrei avuto la sua amicizia più profonda e duratura, che lei non credeva nell'amore e vi erano cose più interessanti dell'amore, ma credeva nell'amicizia ed io sarei stato il suo amico numero uno».

x *Handicap e femminilità*

Non c'è dubbio che per una donna handicappata il problema della sessualità risulta ulteriormente complicato da fattori sociali e da regole culturali e comportamentali. Per una donna la passività (mutuata dalla fisiologia positivista della penetrazione) costituisce il modello fondamentale di tutti i rapporti: tutto ciò che essa esprime in modo autonomo e personale, può essere interpretato come sconveniente, aggressivo o immorale. Nei confronti della donna ci sono aspettative di ruolo molto più stereotipate e rigide poiché sono fondate non soltanto su convenzioni culturali, ma su vere e proprie concezioni dei caratteri della «femminilità», che non possono essere trasgredite.

Una donna handicappata che «pretenda» di esprimere la propria sessualità compie una doppia trasgressione, perché non avendo «bellezza fisica» non può essere oggetto sessuale e perché, non avendo «sana e robusta costitu-

zione fisica» non può garantire una maternità «normale», né assumere le responsabilità della vita familiare.

Una donna deve essere bella o ricca, «brava a letto» o «una brava cuoca», avere insomma qualità pubbliche o private, apparenti o simboliche, che determinano il consenso e l'«invidia» dell'ambiente.

Vi è infine da tener conto dei pregiudizi circa la «debolezza ed eteronomia» delle donne che, in presenza di un handicap, la coscienza collettiva amplifica in modo straordinario con veri e propri atti di censura e di emarginazione.

I testi che riportiamo indicano qualche cosa circa le argomentazioni svolte.

✱ «I latini sono cultori della bellezza e quindi non potranno mai perdonare ad una donna intelligente, sensibile e con un mondo interiore vivo, di non avere due belle gambe o un bel corpo.

Ciascuno di noi è passato attraverso il sacro fuoco dell'amore, alcuni ne sono stati vivificati, i più ne sono stati bruciati, tanto da non voler ritentare l'esperienza. All'inizio di ogni rapporto affettivo tutto sembra filare bene, poi la riflessione, le pressioni esterne dei familiari, dei normali, fanno dirottare il generoso, pazzo o pazza, il filantropo che si era accostato. Un invalido può sperare, ma non credere nel matrimonio. Possiamo ripeterci all'infinito che siamo come gli altri, che l'esteriorità non conta, ma la vita fa cadere l'esile costruzione del nostro ottimismo e della nostra speranza».

«La panchina di legno, verde, un po' scrostata, è vuota. Vicino c'è Grazia che attende, sulla sua carrozzina, l'arrivo di Marco, il miglior amico.

Quando arriva lo accoglie con entusiasmo ed emozione: ha deciso di parlargli, di raccontare il suo "vero" problema. Grazia desidera un uomo, ha bisogno di vivere una storia d'amore, sente scoppiare dentro di sé la necessità di un rapporto sessuale completo e appagante. Marco rimane stupito, meravigliato, poi, senza neanche guardarla negli occhi, le sussurra: "Scusa, ma tu non ti masturbi?"».

«Molti mi hanno aiutata con fratellanza e amicizia. Ma da questo a trovare marito ce ne corre! Quasi tutti gli uomini vogliono una moglie bella, costi quel che costi. E noi? Ne so qualcosa io. Discorsi come: tu vorresti sposare quella, una storpiata? Ma sei matto... e così via. A me non era mai pesata la minorazione prima della grande delusione d'amore. Da quel giorno mi pesa tutto e non mi sono mai posta il problema del matrimonio, perché nelle mie condizioni era da considerarsi un sogno impossibile».

«A quindici anni mi sono ammalata ed ora sono diversa. Naturalmente avevo molti amici, parecchi corteggiatori e il ragazzo del cuore. Ora ho vent'anni. Qualche amico è rimasto, ma non ho più trovato nessun ragazzo disposto a condividere con me un rapporto sentimentale. Perché, non sono forse la stessa Emanuela di prima?»

«Io sono handicappata e ho provato ad essere la ragazza di un "normale". Ad un primo periodo esaltante fatto di tutto quanto di più bello io potevo immaginare compreso l'amore fisico, al quale si era arrivati superando non

poche difficoltà (lui il compagno "normale" mi ha aiutato in tutto per superare ogni ostacolo facendosi carico di quanto poteva mancare ai miei movimenti), ebbene dopo questo periodo tutto è andato a rotoli e sai perché? Nell'intimità tutto bene, passando dall'intimità al pubblico i problemi sono aumentati e il grande maschio "normale" tanto per non smentirsi ha cominciato a pensare con preoccupazione: saprà stirarmi le camicie, pulirmi la casa? Comunque cosa ne penseranno i miei genitori, gli amici, la gente intorno a me?

Lui disse anche questa frase: "se non ci fossero gli altri lei per me sarebbe perfetta!". Che bella consolazione! E siccome la nostra vita futura sarebbe stata necessariamente fatta non solo di incontri intimi, fra quattro mura, ma e soprattutto di vita con gli altri... ti lascio immaginare come è finita...».

La famiglia e il problema sessuale

Le più consistenti difficoltà circa la sessualità degli handicappati derivano dalla famiglia che spesso non considera il congiunto handicappato come essere sessuato, ma anzi lo costringe in un ruolo di dipendenza e di iperprotezione che prolunga la situazione infantile e adolescenziale, impedisce il distacco dalle figure parentali e quindi il superamento reale della fase edipica e lo sviluppo della personalità nei suoi aspetti eterosessuali.

Per capire i motivi di questa diffusissima situazione, è necessario tenere conto di alcune annotazioni psicodinamiche:

La famiglia dell'handicappato si colloca in una «posizione di frontiera», in una terra di nessuno, fra la salute e la malattia, fra l'uguaglianza e la devianza, poiché partecipa contemporaneamente e in modo ambivalente al mondo dei sani (in quanto famiglia naturale e normale) e al mondo dell'alienità e della sventura (in quanto gruppo caratterizzato dalla presenza di un componente portatore di deficit). Il dato, che non trova soluzione, è costituito dal fatto che quel congiunto non ha valenza positiva e quindi non può essere oggetto di scambio e di comunicazione con le altre famiglie e col resto della comunità, nelle funzioni affettive, economiche e simboliche. Ispira ai genitori motivazioni e prospettive di attività, di autostima e di soddisfazione.

La nascita di un figlio con handicap capovolge la situazione, trasformando l'evento in un fatto totalmente negativo, «luttuoso» e spesso insostenibile. Al bambino «bello e sano» che tutti aspettavano, si è sostituita la realtà imprevista e difficile di un essere diverso, portatore di infermità, di incapacità e di bisogni sconosciuti e angoscianti.

Il trauma dei genitori è aggravato dalle reazioni sociali, dalla mancanza di servizi di informazione e di consulenza e dal sostanziale isolamento della famiglia dal nostro modello di organizzazione sociale.

In alcuni ambienti, il figlio handicappato è ancora considerato una vergogna, una «punizione divina», il frutto di colpe e tare ereditarie. Ma anche nelle aree urbanizzate e industrializzate, la reazione sociale è altrettanto

negativa, benché più velata; proprio perché le aspettative di prestigio e di successo connesse alla nascita di un figlio sono maggiori, i sentimenti di commiserazione, di fallimento, di disperazione sono relativamente più forti. Inconsciamente, la famiglia si costituisce in un rapporto terapeutico e assistenziale, che comporta non solo l'assunzione delle funzioni di sopravvivenza, ma anche la condivisione del «male» del congiunto. In questa dinamica si instaurano ansie depressive (sentimenti di colpa) e ansie persecutive centrate sulla malattia-vergogna del figlio.

In ogni caso l'handicappato è il portatore di un duplice e conflittuale significato: da una parte è il «neonato» che sollecita la cura e la pena, dall'altro è il «portatore della malattia», cioè di una realtà che deve essere combattuta e rifiutata.

I bisogni dell'handicappato medio-grave, sono quelli della nutrizione, della pulizia personale, del controllo dei ritmi biologici, della difesa da eventuali attacchi morbosi, della affettività e comunicazione.

Quindi non si tratta soltanto di interventi di *nursing*, ma di una vera e propria «cura materna».

Tuttavia l'handicappato diventa un neonato con un corpo da adulto e perciò interviene una presa di coscienza e di anomalie fisiche, psichiche, funzionali e comportamentali, per cui gli stessi bisogni divengono l'esteriorizzazione dello stato patologico e quindi di una situazione fortemente negativa. Finché l'handicappato ha un corpo con caratteristiche infantili, le cure che richiede, le carenze che presenta, il rapporto simbiotico con la madre sono vissuti come reali e normali; quando allo sviluppo fisico (peso, statura, caratteri sessuali, pulsioni libidiche e aggressive) non corrisponde la maturazione comportamentale e sociale (mediante i rapporti con i coetanei e l'ambiente), la «cura materna» si esprime in una situazione che non può non presentare gravi difficoltà psicoemotive e rischi di conflitto e di dissociazione.

Lo stato di inadeguatezza a vivere dell'handicappato (presunta o reale che sia), implica da parte della madre una particolare vulnerabilità all'angoscia che si esprime nella sollecitudine ininterrotta a soddisfare i bisogni, nel significato di offerta di bene e di liberazione dal male, nel mediare in termini sostitutivi tutti i rapporti del figlio col mondo esterno.

Sarebbe troppo lungo indicare i diversi ruoli che assumono il padre, la madre e gli eventuali fratelli in questa dinamica di negazione-accettazione. Comunque quando il figlio handicappato esprime aspettative, desideri e comportamenti sessuali, si instaurano da parte dei familiari atteggiamenti di rimozione, di negazione e di rifiuto, che vengono di solito supportati e convalidati dagli apparati socio-sanitari, da motivazioni etico-religiose, da considerazioni di ordine culturale e sociale. La carica ansiosa ed emotiva della negazione della sessualità non è sempre proporzionale alla gravità ed alla natura dell'handicap, ma sembra piuttosto corrispondere all'entità dei legami di dipendenza e all'identificazione proiettiva col figlio handi-

cappato, cui si attribuiscono (come è stato dimostrato) incapacità e deficit più rilevanti di quanto siano in realtà.

Si potrebbe affermare che sotto il profilo sociale, come sotto quello riabilitativo, la famiglia nei confronti dell'handicappato svolge una funzione di omologazione ai concetti correnti di normalità, mediante una attività di mascheramento e di «mimetizzazione» della diversità con lo scopo di evitare reazioni e atteggiamenti sociali negativi. Nonostante le caratteristiche di rappresentazione semireale di questa intenzione, l'handicappato è continuamente oggetto di processi di reificazione assistenziali e sanitari che lo rendono sempre «trasparente e sotto controllo» e quindi la famiglia è costretta al conformismo, pena l'interruzione delle prestazioni e dei servizi, mentre le angosce esistenziali e le sofferenze psicologiche sono relegate nel privato o addirittura nel preconsciouso. Quando nell'handicappato, adolescente o adulto, emerge la sessualità, non è possibile conservare la protezione simbolica del privato e del riservato: l'accentuazione dell'emotività, il menarca, la masturbazione, la ricerca di un partner, diventano per la famiglia problemi concreti, vissuti come pericoli persecutori, ma costituiscono soprattutto una crisi della «gestione privata dell'handicap» e quindi un aumento dei sentimenti di colpa e vergogna.

Lo spazio della sessualità nella nostra cultura è soltanto personale e intimo, convenzionale e codificato; ma l'handicappato è «trasparente» quindi le sue pulsioni risultano subito evidenti e vengono considerate eccessive, sconvenienti, censurabili, perverse...

Le reazioni dei familiari, degli operatori, dell'ambiente, sono generalmente repressive, secondo i vari modelli di attenuazione del conflitto e della frustrazione, con lo scopo di dissuadere, di ispirare fiducia e rinuncia. Se l'intenzione riesce l'handicappato continuerà a vivere nel chiuso della famiglia e avrà relazioni interpersonali che escludono la sessualità, riducendo così il suo spazio di vita e rafforzando gli effetti sociali dell'handicap; se invece l'handicappato riesce ad imporre il suo diritto alla sessualità e lo esercita al di fuori del matrimonio, si verifica spesso un'interruzione dei legami familiari e una censura morale e sociale che lo costringe nell'ambito della devianza.

È permesso l'autoerotismo, è prevista l'espressione fallica della sessualità, è «perdonato» l'incesto, ma è negata la genitalità come relazione fra mondo interno ed esterno, che costituisce la tappa conclusiva della personalità matura.

Riportiamo alcune testimonianze.

«Ebbene, ho sentito vantarsi questi francesi perché avevano reso possibili i matrimoni fra gli handicappati. Questo in Francia, a Lione. È possibile essere così poco responsabili, pensare di favorire il matrimonio con la nascita di figli per questi poveretti? Io capisco favorire i rapporti affettivi, la sessualità anche, dove è possibile, con tutte le cautele possibili perché è molto

delicato, ma il matrimonio e una famiglia no! È inconcepibile. Cosa mettono al mondo? Altri handicappati? Perché non possono essere normali i figli di handicappati, cosa imparano dai loro genitori? Anche quando non ci sono difetti che possono essere trasmessi geneticamente! Alcuni hanno forme congenite, non si sa da cosa venga la malattia e nel dubbio si evita di fare figli. E anche se non è un male ereditario non devono fare figli perché non è giusto far nascere un bambino in un ambiente di subnormali che non potranno mai aiutarlo e farlo progredire come ha diritto».

«Due locali più servizi, terzo piano, una casa in periferia. Franco, uno spastico grave chiama la mamma che è in cucina. Ancora una volta le confida che vuole un rapporto con una donna, un rapporto non solo spirituale ma finalmente fisico. È il solito problema, che si presenta con la solita drammaticità da ormai troppo tempo. La madre è sconvolta, non sa più come calmarlo; alla fine, con la forza della disperazione si impone di soddisfarlo».

«A mio parere mia figlia non manifesta certe necessità, e io ritengo inutile stimolare in lei certe sensibilità sessuali forse latenti, anche perché non avendo essa la possibilità di intendere, il farle conoscere certe cose, potrebbe complicare maggiormente la sua vita e la mia, specie in un possibile inserimento nella società».

Concludendo direi che turbamenti ed insoddisfazioni pregiudicano l'equilibrio psichico. Occorre in questi casi intervenire in modo scientifico competente, ragionevole e adeguato».

«Non ho mai avuto esperienze sentimentali. Parlando con la mamma o con alcuni amici mi sono spesso sentita dire: "Non hai provato, quindi è meglio che tu non conosca questo aspetto della vita. Ne soffriresti troppo!". Con quale diritto mi viene detto questo? Io non ho fatto una scelta di castità. Tra l'altro per me non vorrebbe dire solo rapporto fisico, ma soprattutto rapporto pieno, completo e arricchimento per la mia personalità».

«Sono una ragazza colpita da polio alle gambe in modo abbastanza "clemente" da poter camminare, ma abbastanza... "inclemente" da non poter andare avanti per la mia strada, costruirmi la mia vita da sola. Ho studiato, credo di aver abbastanza doti per poter fare ancora qualcosa di bello e buono, per riuscire a vivere il mio pezzetto di vita, nonostante tutto. Ma per la mia famiglia sono solo una "povera malata", destinata a passare il resto della vita in un angolo di casa. Ho cercato in tutti i modi di far capire quanto sia sbagliato questo modo di pensare che mi umilia, mi avvilisce, mi stronca tutti i sogni, tutte le speranze. Non ci sono riuscita».

La sublimazione e la castità

Oltre alle reazioni di rimozione e di regressione (o quanto meno di arresto dello sviluppo sessuale), è abbastanza diffusa, soprattutto fra gli handicappati adulti la «sublimazione» degli istinti sessuali, in un contesto di valutazioni che si riferiscono ai valori della castità e all'offerta della sofferenza.

L'universalità della situazione edipica ha sempre alimentato, in termini psicologici e culturali, la convinzione che la sessualità sia di per sé qualche cosa di vergognoso e di colpevole e che le funzioni sessuali appartengono al lato materiale della condizione umana. In questo senso i sentimenti di colpa connessi al complesso edipico possono essere trasferiti sull'intera vita sessuale. Questo convincimento è rinforzato da una certa tradizione cristiana che consente il rapporto sessuale soltanto per la procreazione e raccomanda l'umiliazione della carne, contrapposta allo spirito, e la castità come mezzo di ascesi e di redenzione.

Posto che un handicappato a causa dei suoi deficit e dei suoi bisogni sarebbe escluso dal matrimonio e quindi dallo scopo primario della procreazione, non gli resta che collocarsi in una dimensione di preghiera, di castità per contribuire e partecipare alla salvezza e alla redenzione dell'umanità.

La Chiesa a partire dal Concilio Vaticano Secondo ha avviato in termini pastorali una revisione di questa straordinaria missione affidata ai portatori di handicaps ed ha affermato e sostenuto il loro diritto alla vita attiva ed alla famiglia.

Restano tuttavia radicate le indicazioni alla rassegnazione ed all'offerta della sofferenza.

«Ho letto l'inchiesta sull'amore tabù che non mi ha fatto tanto piacere. Parlo come inferma agli arti inferiori con postumi di poliomielite anche al torace. Non mi sento in verità di approvare il contenuto del suo articolo perché si tratta di problemi che non tutti sono in grado di valutare con giudizio obiettivo e moderato.

Se è vero che qualche matrimonio fra invalidi può rappresentare l'aspetto più sublime del sacramento, è altresì vero che dibattiti come quello da Lei iniziato possono provocare scompensi e pericoli per la mente di chi, sempre e comunque attaccato alla vita, ha trovato nella rassegnazione e nella preghiera la forza per vincere una permanente calamità.

Non vedo l'opportunità di fare una simile propaganda col pericolo di infiammare cuori che hanno bisogno di essere sereni per sé, dentro di sé, senza spreco di energie.

L'ammalato, nel piano della Redenzione, è un essere privilegiato, con una determinata vocazione, sceltagli da Dio ed è giusto e doveroso che venga custodita, curata e incoraggiata.

Il cuore dell'ammalato deve essere intatto, se incomincia a sgretolarsi perde di quella forza vitale che fa essere generosi. L'ammalato deve sapere che è uno strumento benefico nelle mani di Dio e che non è un essere inutile come si crede, ma una creatura che ha il suo posto nella società.

È questo quello che si deve far capire in parole povere all'ammalato; lo si deve preparare giorno per giorno ad una vita serena, ordinata, logica e cristiana, insegnandogli non di sposarsi (il che per il 99,99% di noi infermi è una pura chimera) ma di amare tutti i fratelli e di abbracciarli in un solo palpito».

«Lui aitante, macchinato, giovane a tutte le età, ricco, sportivo, ambizioso... Lei lanciata, dinamica, nuda è sexy da morire...» «Lui in carrozzella, rannicchiato, storto con un sorriso disarmante; lei zoppa, piatta, vestitissima, con le stampelle e con grandi occhi».

È a partire da questi modelli percettivi e stereotipati, che scaturisce la rabbia e l'umiliazione dei portatori di handicaps circa la sessualità. Tuttavia si tratta di un dato parziale e frammentato di quel più vasto problema che è l'integrazione sociale di cui il diritto e l'esercizio della genitalità è insieme una condizione e una conseguenza, in quanto coinvolge la dimensione individuale e contestualmente quella interpersonale. Per sviluppare un discorso che non sbandi ossessivamente fra l'ideologia, la fenomenologia, il comportamentismo, la psicologia sociale, l'interazionismo simbolico e la psicoanalisi, è necessario individuare alcuni punti di riferimento generali. La discussione pubblica dei problemi della sessualità è uno degli episodi di ciò che Habermas ha definito la *destrutturazione del super-Ego*, sostituito da comportamenti «adattivi», indotti da stimoli esterni, piuttosto che diretto dalle norme. Questo fatto ha comportato un aumento apparente della libertà soggettiva (consumi, tempo libero) ma insieme la dissoluzione della comunicazione e della interazione, «risucchiata» dai modelli *dell'agire razionale rispetto allo scopo*.

In questa situazione tutte le conflittualità e le contrapposizioni sono state spostate dalla lotta di classe agli ambiti di vita dei sottoprivilegiati ed a quelle istituzioni dove c'è ancora discrepanza fra pianificazione razionale e gestione (urbanesimo, sanità, scuola, devianze esistenziali o intenzionali). Il dominio della morale e dello stato autoritario, hanno ceduto il posto alle tecniche manipolative e alle gratificazioni individuali mediante la privatizzazione dei bisogni. La conclusione è che la liberazione dalle morali e dalle ideologie tradizionali, intese come elementi di coesione sociale e di interazione, ha prodotto una sensibile riduzione *dell'agire comunicativo e simbolico* che è, per tornare all'argomento, il presupposto della sessualità in generale.

Dunque la difficoltà più immediata per gli handicappati è rappresentata dalla *diversità* e dal danno estetico che producono reazioni negative *verso* e talvolta *contro* la loro condizione e compromettono l'interazione. La ferita narcisistica derivante dalle invalidità e dai conseguenti atteggiamenti collettivi, richiede essenzialmente un recupero di reciprocità e di comunicazione verbale e non verbale, razionale e simbolica. Ma è proprio questa circostanza che si verifica sempre più difficilmente per tutti.

La sessualità, in tutte le sue manifestazioni fisiche, emotive, mentali e culturali, richiede soprattutto l'instaurarsi di relazioni bi- o interpersonali che vengono preparate nel contesto della «socializzazione» ed in particolare in quella fase che si definisce «tempo libero». Il tempo libero è essenzialmente esibizione di bellezza, di efficienza, di ricchezza, di possessi che seducono

no e attraggono, ed è proprio da questo spazio di vita, reale e semireale, che l'handicappato è duramente escluso, per il suo rendimento percettivo, per l'identità negativa che gli si attribuisce, per le frequenti condizioni di povertà e di dipendenza fisica. Inoltre il tempo libero presuppone un *tempo occupato* che l'handicappato spesso non ha e che quando ha viene considerato esclusivo e sufficiente.

L'handicappato comunque non può autonomamente esplorare l'ambiente fisico e sociale, non può avvicinarsi e allontanarsi (fasi fondamentali del corteggiamento), non può emergere come figura da uno sfondo erotico perché è immediatamente riconoscibile e identificabile come oggetto negativo, la sua *alterità* si costituisce in *alienità*.

Allora è possibile soltanto la relazione occasionale, il rapporto a pagamento (in termini di denaro o di rinuncia alla dignità) o un amore capace di superare l'episodicità e l'apparenza soggettiva, col desiderio e la fantasia e la consapevolezza. La carica di angoscia e di sofferenza psichica che traspare dai testi che abbiamo prima discusso richiede, al di là dell'analisi fenomenologica, anche una sintetica esposizione di alcune teorie sulla sessualità, secondo la riflessione di Freud e la sua evoluzione in Reich, Marcuse e Fornari.

Per FREUD esiste un antagonismo fra natura e cultura che determina la repressione della sessualità, nelle sue espressioni pregenitali e genitali. La pulsione libidica se non è controllata dal super-ego, provoca comportamenti sadici e disordine sociale (a livello individuale il predominio dell'istinto di morte, la nevrosi attuale e la soddisfazione allucinatoria).

Il *principio di piacere*, la trasformazione del bisogno in desiderio, avrebbe un significato di pericolo per la sopravvivenza dell'individuo e della specie, è perciò necessario rafforzare il *principio di realtà*, che è normativo e razionale, adatto a controllare le pulsioni.

Per Freud la capacità di rimandare nel tempo la soddisfazione del desiderio (inteso come pulsione di appropriazione), è la condizione per l'origine della cultura e della civiltà. Si configura quindi il pessimismo freudiano circa la sessualità e il contrasto fra natura e cultura. Freud, nonostante tutto, concepì la genitalità nell'ambito storicamente determinato della tradizione del positivismo scientifico, della morale cristiana e dell'istinto di riproduzione e di propagazione della specie in senso biologico. È evidente come da queste indicazioni non possa derivare un consenso circa la sessualità degli handicappati, se non altro per il fatto che la relazione genitale resta sostanzialmente legata per motivi culturali allo scopo dell'istinto di riproduzione e quindi alle correlative codificazioni istituzionali, culturali e di costume.

Ben diverso è il significato reichiano della sessualità, centrato sul godimento, sulla potenza orgastica, sulla critica di tutti i comportamenti repressivi o

limitativi. Secondo REICH la cultura autoritaria ha condotto l'uomo alla paura del piacere e alla negazione della natura. La pedagogia repressiva della sessualità e degli istinti è uno strumento di dominio familiare, economico e politico e comporta la negazione del piacere e gravi disturbi nevrotici a causa dell'«ingorgo libidico» che non potendo scaricarsi determina l'angoscia e la nevrosi.

Su questa analisi Reich fonda il suo radicale biologismo della sessualità, del piacere e dell'orgasmo. Non si tratta più di un processo vitale riproduttivo ma del supremo principio naturale del comportamento umano identificato come «esigenza biologica della soddisfazione sessuale orgastica». La sessualità è concepita come processo che va dalla carica alla scarica, dalla tensione alla distensione, provoca piacere e benessere, ma soprattutto è intesa come «naturale» in tutte le sue espressioni, ed è irrimediabilmente contrapposta alla cultura: la capacità di concentrarsi completamente sull'esperienza dell'orgasmo, è definita in termini assoluti ed irrazionali. La natura è il bene, la cultura è il male, da ciò consegue l'esigenza della liberazione della sessualità e la lotta contro ogni forma di repressione e di condizionamento.

Per quanto riguarda gli handicappati, si può osservare che più che di una «liberazione», si è trattato di una «rimozione», poiché il dato culturale prevale sulle indicazioni e gli stimoli rivendicativi: il godimento incondizionato dell'amore sessuale, lo scambio di organi genitali, il consenso all'aggressività, alla perversione e alla regressione, non sono sufficienti, anzi, sembrano costituire uno sfondo che compromette ancora di più i problemi della relazione. È comunque riduttivo, considerare la sessualità come «funzione di disingorgo della libido», come espressione dell'aggressività, per spezzare l'armatura muscolare.

Tutto ciò avviene secondo un modello energetico che fa riferimento alla «motilità», in senso fisico: «capacità di abbandonarsi senza alcuna inibizione al flusso dell'energia biologica, la capacità di scaricare l'eccitazione sessuale accumulata, attraverso contrazioni piacevoli e involontarie del corpo». La potenza orgastica diventa un adattamento passivo del soggetto con la natura, che opera in lui per mezzo del flusso dell'energia bioelettrica. La causa di ogni male è il «ristagno della libido».

La contrapposizione fra genitalità e pregenitalità, tra natura e cultura e soprattutto l'adozione di un modello interpretativo che esclude degli aspetti semantici e simbolici, sembra postulare, riguardo alla sessualità degli handicappati, una ipotesi analoga a quella adleriana «del complesso di inferiorità», cioè una richiesta di *performances*, che se da una parte nega i motivi repressi delle tradizioni culturali, dall'altra rischia di costituire un immaginario di vitalismo e di potenza di prestazione che non è omologabile alle condizioni di menomazione e di deficit.

La «rivoluzione sessuale», proposta da MARCUSE come ritorno alla natura, come lotta al razionalismo e al dominio politico, a prima vista sembra me-

no pertinente al nostro argomento. Tuttavia il combinarsi della riflessione sociologica, mediante la critica del *principio di prestazione* e la rivalutazione dei comportamenti sessuali perversi o pregenitali, come mezzo di liberazione dalla razionalità scientifica, ha costituito un paradigma culturale e politico molto utilizzato per affermare il diritto alla sessualità dei portatori di handicaps. Il principio di prestazione economica e la repressione degli istinti costituiscono i due cardini principali del modo di produzione industriale e del dominio, oggettivo e «razionale». In questo contesto gli handicappati (ma non solo essi) diventano il modello emblematico per un progetto liberatorio volto alla composizione del conflitto fra sessualità e cultura, fra razionalità e natura.

La lotta contro l'emarginazione sociale degli handicappati diventa contestuale con la risessualizzazione del loro corpo, ma non in termini genitali (Eros come Logos), bensì nell'ambito della fantasia pregenitale (Narciso e Orfeo).

L'abolizione della supremazia della genitalità (fondata sulle prestazioni e la repressione) e la rivalutazione della sessualità polimorfa, consente di inferire, nel quadro della libertà dal bisogno, particolari significati politici e simbolici alla sessualità degli handicappati per la quale si immaginano espressioni anticipatorie e fantastiche di un ritorno alla «buona vita».

Mentre la teoria di Reich è riduttiva in senso storico e materiale, quella di Marcuse è limitativa circa l'essenza ed i valori della sessualità umana; perciò se è vero che ha comportato un approccio globale ai temi dell'esclusione, in senso fisico e psicologico, è anche vero che ha prodotto una straordinaria contaminazione fra la prospettiva politica e quella esistenziale, che una volta trasferita semplicisticamente alla realtà degli handicappati, ha consentito le interpretazioni e le scelte più disparate.

Per concludere si può dire che l'elemento unificante consiste in un atteggiamento di rivendicazione dell'emancipazione e dell'identità sessuale degli handicappati, che però si esprime sempre sotto il profilo della «eterogestione» del problema.

Voglio dire che l'applicazione delle teorie generali non sembra avere prodotto soluzioni scientificamente provate ma soltanto trasposizioni di carattere quasi «allucinatorio».

È opportuno allora ripartire dai dati essenziali e chiedersi se veramente la cultura impedisce i rapporti sessuali degli handicappati, se è possibile che questa negazione, da loro asserita, costituisca una rappresentazione persecutoria derivata da conflitti d'identità o di identificazione.

L'intonazione fortemente emotiva che caratterizza la descrizione e la drammatizzazione del problema, dovrebbero richiedere un più rigoroso discorso sul personale e sul vissuto di chi «vive dentro l'handicap».

Per semplificare (ma il discorso è estensibile) ci limiteremo al caso dell'handicappato motorio per motivi congeniti.

Il primo dato che risulta evidente è che al portatore di handicap viene im-

perdita o resa difficile quella fase fondamentale dello sviluppo della personalità che si verifica nell'adolescenza come distacco dai rapporti familiari mediante le relazioni coi coetanei e l'inserimento nelle istituzioni di socializzazione secondaria.

Questo arresto dell'evoluzione sociale e personale, può produrre la «fissazione» o la persistenza delle situazioni pregenitali e rendere più complicato o confuso il passaggio all'eterosessualità ed alla genitalità.

Non c'è dubbio che la condizione di dipendenza fisica e psicologica, alimentare e assistenziale, rafforza la correlazione simbiotica con la madre, ritarda il superamento del complesso edipico, provoca sentimenti di inferiorità e, a causa delle frustrazioni, sentimenti di colpa in forma depressiva e persecutoria.

In questa situazione, definita dallo stereotipo di «bambino-malato», il processo di trasformazione del bisogno sessuale, da soddisfazione allucinatoria del desiderio e da autoerotismo, incontra difficoltà per quanto riguarda l'identificazione dell'oggetto erotico su cui scaricare la libido. «Inoltre quando il desiderio, per il prolungarsi dell'assenza reale, non riesce più ad eludere il bisogno attraverso un oggetto allucinatorio, il bisogno stesso si trasforma in angoscia... cioè in una presenza cattiva» (Fornari).

Questa «alienazione» dell'oggetto buono, comporterebbe a livello inconscio o immaginario una carica aggressiva che produce sentimenti di colpa e quindi deve essere repressa.

Se si verifica tutto ciò, è evidente che il soggetto, quando incontrerà il partner possibile per la soddisfazione del bisogno sessuale, formerà identificazioni negative o sarà comunque coinvolto dalla paura o dalla insicurezza. Ciò comporta l'emergenza delle istanze super-egoiche e quindi l'adesione proprio a quegli atteggiamenti sociali e culturali che vorrebbero escludere l'handicappato dalla sessualità.

Se queste sommarie indicazioni psicoanalitiche sono plausibili, allora diventa possibile dedurre un reciproco rafforzamento fra l'autonegazione inconscia della sessualità da parte dell'handicappato ed i comportamenti o le indicazioni socio-culturali che la compromettono. *Le pulsioni di appropriazione* (proprie della fase infantile) finirebbero con il prevalere sulle *pulsioni di scambio* (proprie della genitalità matura): il principio del piacere verrebbe comunque sottomesso al principio di realtà (difficilmente accessibile). La rimozione, la sublimazione e i vari tipi di formazione reattiva alla frustrazione, rischiano di compromettere la possibilità e l'occasione del rapporto sessuale. In questo senso l'handicappato sarebbe capace di identificazione sessuale, ma non avrebbe in proprio la possibilità di formarsi una identità genitale. «Il costituirsi dell'identità genitale, puberale, si attua attraverso il riconoscimento che l'averne un genitale di un determinato sesso è accompagnato dalla constatazione di essere mancanti dell'altro sesso» (Fornari).

È allora necessario quello «scambio di doni» che nel caso dell'handicappato, la cultura nega per ragioni estetiche e di eugenetica, per atteggiamenti

pregiudiziali, per la contraddittorietà con gli scopi della procreazione e della famiglia.

Eppure non sembra che la soluzione del problema consista nella negazione della cultura contrapposta alla natura, della genitalità contrapposta all'istinto erotico. È proprio dalla ricomposizione di queste dicotomie storiche e simboliche, che deve partire l'affermazione della sessualità degli handicappati ed il necessario consenso sociale.

Messa fra parentesi ogni visione ideologica, etica e politica, relativa al contrasto fra il bisogno naturale della persona e le ragioni dello sviluppo e dell'ordine sociale, sarà possibile superare le posizioni rivendicative da una parte e quelle repressive dall'altra, secondo l'obbiettivo dell'integrazione e della reciprocità. Il Super-Io collettivo non può pretendere la desessualizzazione dei portatori di handicaps, gli handicappati (o più spesso chi li gestisce) non possono pensare di essere protagonisti di una rivoluzione politica che tragga spunto dalla negazione della loro sessualità. Quando un handicappato diventa oggetto di desiderio d'amore e incontra un partner erotico, attinge ad una delle più preziose possibilità di ricostruzione del Sé, di liberazione dall'inferiorità e dall'angoscia, che gli hanno provocato i deficit biofisici e le dinamiche di emarginazione.

Ma tutto ciò è possibile, mi sembra, soltanto se di quell'handicappato sarà stata rispettata la dignità e se gli sarà stata consentita l'uguaglianza delle opportunità in termini di sviluppo della personalità e di costruzione dell'identità sociale.

La sessualità è in questo senso un momento, sia pure decisivo e centrale, dell'integrazione e della partecipazione; enfatizzare quest'aspetto, in senso provocatorio, considerarlo come esclusivo nella dialettica fra accettazione e rifiuto, significa impedire l'emancipazione e la solidarietà sociale, ma soprattutto vuol dire imporre una interpretazione riduttiva della condizione umana degli handicappati.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Per gli aspetti generali:

- F. Fornari: Genitalità e cultura. Milano 1978.
- S. Freud: Tre saggi sulla teoria sessuale. Torino 1970.
- S. Freud: Il disagio della civiltà ed altri saggi. Torino 1971.
- H. Marcuse: Eros e civiltà. Torino 1964.
- W. Reich: La funzione dell'orgasmo. Milano 1969.
- J. Habermas: Teoria e prassi nella società tecnologica. Bari 1971.

Per gli aspetti specifici:

- C. Padovani, Spano, Ivano: Handicap e sesso: omissis. Verona 1978.
- AA.VV.: Sessualità e handicappati. Milano 1978.

AA.VV.: Handicap, affettività, sessualità. Rassegna Stampa Handicap luglio-agosto 1985;
a cura dell'A.I.A.S. (via Alamandini 2/A 40136 Bologna).

N.B.: Le «testimonianze» riportate nell'articolo sono state tratte dalla pubblicazione dell'A.I.A.S. e da lettere ai giornali.

NOVITÀ BORLA

A cura di Domenico Pizzuti	pagg. 352
SOCIOLOGIA DELLA RELIGIONE	L. 30.000
Hanno collaborato: F. Ferrarotti - R. Cipriani - C. Prandi S. Buralassi - G. Guizzardi - R. Stella - A. Nesti - E. Pace G. Di Gennaro	
Ernest H. Hutten	pagg. 160
LA PSICOANALISI COME SCIENZA	L. 14.000
Gerard Radnitzky	pagg. 144
L'EPISTEMOLOGIA DI POPPER E LA RICERCA SCIENTIFICA	L. 12.000
Nicola Dallaporta	pagg. 208
SGUARDO SULL'ATTUALE COSMOLOGIA	L. 20.000
G. Fossi - M. Tanzella	pagg. 336
LE STORIE DEGLI INIZI	L. 30.000
Lo sviluppo psicologico nei miti, nelle teorie e nella terapia	
Società Ital. di Neuropsich. Infant.	pagg. 384
LA RELAZIONE NEVROTICA	L. 30.000
A cura di A. Del Lungo e C. Pontalti	pagg. 224
RISCOPIRE IL PADRE	L. 16.000
Spunti di riflessione per una teoria e una prassi	
A cura di M. Ammaniti - F. Antonucci - G. Luoni	pagg. 200
STRUMENTI CONOSCITIVI PER LA NUOVA ASSISTENZA PSICHIATRICA	L. 16.000
Lanfranco Rosati	pagg. 224
MOTIVI PEDAGOGICI E DIDATTICI NEI NUOVI PROGRAMMI PER LA SCUOLA ELEMENTARE	L. 15.000
Michele Rivero	pagg. 256
LA PEDAGOGIA OGGI	L. 18.000
Marcelle Spira	pagg. 168
CREATIVITÀ E LIBERTÀ PSICHICA	L. 20.000
A cura di E. Loperfido - M. Mariotti - G. Rigon	pagg. 240
LA RISPOSTA PSICOTERAPEUTICA	L. 20.000
nei servizi per l'età evolutiva delle Unità Sanitarie Locali	
Orlando Todisco	pagg. 196
METAFISICA E SCIENZA	L. 15.000
Alle origini del dibattito epistemologico	