

Disabilità e sessualità riflessioni e linee guida

Disability and Sexuality reflections and educational guides

Stefania Morsanuto

Università degli Studi Nicolò Cusano – Laboratorio di Ricerca H.E.R.A.C.L.E.

s.morsanuto@libero.it

ABSTRACT

The purpose of the work is to analyze various areas of manifestation of sexual need in the cognitive impairment. The interpretations of the social actors involved in education and their influence on the person will be considered. Suggested educational guidelines with unhealthy groups of people with cognitive disabilities will be proposed. Two educational models will be presented.

Lo scopo del lavoro è quello di analizzare vari ambiti di manifestazione del bisogno sessuale nel disabile cognitivo. Saranno prese in considerazione le interpretazioni degli attori sociali adibiti all'educazione e alla loro influenza sulla persona. Verranno proposte delle linee guida educative sperimentate con gruppi disomogenei di persone con disabilità cognitiva. Saranno presentati due modelli educativi.

KEYWORDS

Disabilità cognitiva; Sessualità; Educazione; Comportamento;

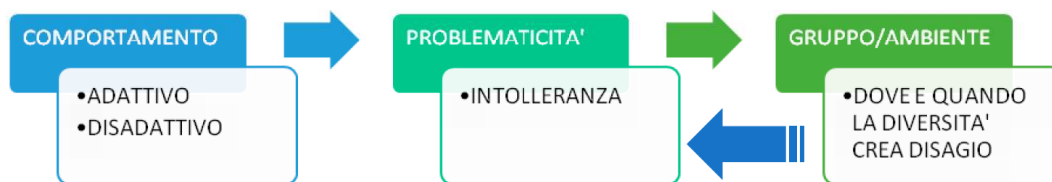
Cognitive disability; Sexuality; Education; Behavior;

Introduzione

La convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, approvata nel 2006 e successivamente ratificata in Italia, sia con un esplicito riferimento all'esercizio della sessualità sia indirettamente, riconosce ripetutamente in diversi articoli, a livello di obblighi generali, di diritto alla casa ed alla famiglia, di diritto alla vita, di libertà, di inclusione, di vita indipendente, di educazione e di salute, la necessità di non discriminare le persone con disabilità per quanto riguarda il pieno godimento dei propri diritti, definendo una base etico-giuridica agli interventi che sostengono l'educazione e la tutela della sessualità umana anche per le persone disabili.

Affronterò dunque il tema sulla base della convinzione che la sessualità ed il suo naturale e consapevole esercizio sono la soddisfazione di un bisogno primario e quindi diritto di tutte le persone, comprese quelle con disabilità cognitiva.

Ogni approfondimento sul tema della sessualità presuppone un'indagine rispetto a come le persone percepiscono la propria, quella degli altri e come gli altri percepiscono la stessa, quando e dove il comportamento è disadattivo oppure adattivo.



Gli ambiti interessati sono molteplici:

- **Biologico:** interessa le aree di diagnosi e le loro caratteristiche specifiche (alterazioni cromosomiche, endocrine, patologie del SNC, ecc.) e la somministrazione farmacologica.
- **Emozionale:** questo ambito ha principalmente due reazioni delle risposte di attivazione:
 - Una di **iperattività** in seguito alla mancanza di autoregolazione e autocontrollo oppure perché ci sono stati dei condizionamenti negativi come traumi o fallimenti che generano paura ed ansia.
 - L'altra tipologia di reazione è di **iporeattività**, quando c'è estinzione, assenza o inibizione delle risposte di attivazione sessuale.
- **Cognitivo:** in quest'area si deve prendere in esame l'immagine che la persona ha di sé, in particolare la propria identità ed il proprio ruolo sessuale, la sicurezza e l'auto-percezione (stima e gradevolezza estetica), conoscenza dei propri desideri, dei propri gusti, delle propensioni e di ciò che le dà piacere. In questo ambito possiamo includere anche l'idea del concetto di sessualità che ha la persona, che deriva da un'etero-narrazione: la concettualizzazione di un'attività sessuale praticata dalla persona con disabilità è segnata da connotazioni di giudizio morale ambiguo, che negano, ancora prima del diritto all'eguaglianza, il diritto all'esistenza della pulsione biologica, qui considerata come "sporca", dunque abominevole, ergo da negare o inibire. Emerge un giudizio di valore aprioristico di una morale che condanna l'esercizio sessuale o affettivo sessuale e persino, come coda, l'esercizio dell'affettività della persona con disabilità. Da questo ne deriva un pensiero distorto nella mente del disabile che associa il sesso al peccato, al pericolo, alla sporcizia. Qualora quest'idea fosse superata, il sesso viene utilizzato dal disabile come mezzo di potere, punizione o ricatto nei confronti del partner o della famiglia stessa, come dimostrazione di sé. Il sesso è visto anche come prestazione e prova, che genera ansia. In altri casi invece viene vissuto con spontaneità, naturalezza e con inconsapevolezza. Un'altra analisi è relativa al significato attribuito dalla persona disabile al concetto di piacere. Anche in questo caso il senso che viene attribuito ad una serie di sensazioni fisiche è spesso di carattere negativo. Il piacere infatti viene associato alla perdita di controllo del proprio corpo ed alla violazione di norme. Questi vissuti generano sensi di colpa e frustrazione. La paura ed il timore che avvolgono la sfera sessuale della persona disabile ne limitano la curiosità e questo implica una definizione troppo precisa e limitata di ciò che piace e che provoca piacere. Come vedremo più avanti, è difficile per la persona disabile poter avere dei momenti intimi con un partner, in cui esplorare e farsi esplorare fisicamente. Le stimolazioni esterne sono rare e a volte involontarie, così vengono stereotipate delle sequenze di azioni prese dalla televisione o da internet.

- **Comportamentale:** l'ambito comportamentale è caratterizzato dalla povertà, talvolta assenza, di rapporti sessuali. Nonostante le strutture ed i servizi atti a creare e mantenere le relazioni sociali tra territorio e disabilità, resta comunque forte la povertà di "repertori" sociali in cui la persona può misurarsi e confrontarsi con sistemi di regolamentazione differenti e meno rigidi. Un'altra problematica è lo squilibrio fra le abilità (in particolare riguardanti l'auto-stimolazione) e le conoscenze personali.

Come quindi preso in esame, la sessualità è il risultato di una complessa interazione di aspetti biologici, in questo caso limitati, e abilità cognitive e comportamentali apprese durante il corso dell'esperienza individuale. Quanto più è grave il ritardo mentale, tanto maggiore sarà il ritardo nello sviluppo dei caratteri sessuali secondari (per **caratteri sessuali primari** si intendono le gonadi maschili e femminili; i **caratteri sessuali** secondari sono, invece, gli organi copulatori e i particolari adattamenti morfologici e fisiologici che possono influenzare il successo riproduttivo individuale).

1.. Comportamento sessuale nella disabilità cognitiva e società

Come già accennato precedentemente vi sono atteggiamenti pre-giudicati rispetto alla sessualità delle persone con disabilità mentale: i fattori ambientali ne limitano l'espressione delle abilità e restringono la partecipazione sociale della persona, perché agisce comportamenti non convenzionali ed accettabili.

Il vissuto della popolazione rispetto alla sessualità nella persona disabile è molteplice e per la maggior parte stereotipato.

L'atteggiamento più diffuso è quello di difesa e quindi di negazione di un bisogno: la negazione è spesso la conseguenza di una non dichiarazione di necessità, da parte del diversamente abile, per vergogna o come già detto per una non corretta conoscenza sulla sessualità.

Un'altra posizione sottolinea, invece, il potenziale pericolo visto, nella persona disabile ipersessuata, priva di ogni inibizione, irresponsabile e talvolta perversa.

Alcune famiglie danno invece un valore apparentemente normalizzante, senza però la consapevolezza di un sostegno professionale. Tutto ciò porta ad una sessualità di tipo infantile, con forti limitazioni delle abilità evolutive.

Un errore, invece, spesso facilmente riscontrabile negli educatori, è il desiderio di "sessualizzare" le persone con compromissione, evidenziando presunti bisogni e pulsioni che talora sono solo proiezioni di osservatori non del tutto obiettivi.

La prima esperienza di contatto corporeo che la persona con disabilità cognitiva ha, fin dalla più tenera età, è sicuramente la manifestazione di affetto dimostratagli dalle persone a lei vicine. È una stimolazione multisensoriale fatta di baci, abbracci carezze e coccole, ma anche profumi, suoni e immagini.

Se prendiamo in considerazione i tempi di maturazione psicologica e cognitiva più lunghi rispetto alle normali fasi evolutive, ci troviamo a scontrarci con una persona biologicamente adulta, che agisce comportamenti non più accettati. Questi comportamenti innescano interpretazioni errate nelle famiglie ed in chi sta loro accanto. L'errore più comune è quindi quello di privare la persona di esperienze gratificanti: se fino ad un certo punto della vita del soggetto disabile era possibile somministrargli attenzioni affettuose, con la maturità fisica queste vengono negate perché la manifestazione di piacere della persona è fisica, visibile, talvolta esagerata ed inappropriata.

Genitori, od operatori, quindi se ne astengono, pensando di correre il rischio di scatenare istinti non più controllabili, privando invece il disabile di esperienze gratificanti, che ben poco hanno di strettamente sessuale.

L'auto-stimolazione è comune nei bambini e nelle bambine e viene appresa e rinforzata tramite meccanismi di condizionamento operante, agenti su di un sistema predisposto su basi innate. La Kaplan (1974) sottolinea come i neonati manifestino gioia in seguito alla stimolazione genitale e Bakwin (1974) rileva come essi siano infastiditi quando nel farlo vengono interrotti e come tale forma di auto-stimolazione venga praticata diverse volte al giorno. Intorno ai tre anni i piccoli cominciano a percepire l'atteggiamento di disapprovazione dei genitori nei confronti dei giochi genitali e ciò può essere fonte di ulteriore confusione cognitiva: se da un lato, è utile che i genitori insegnino alcune regole di comportamento sociale, dall'altro bisogna stare attenti a non comunicare, un atteggiamento negativo nei confronti della sessualità, che può essere all'origine di sue future difficoltà sessuali. A ciò può aggiungersi un'eccessiva educazione all'igiene e alla pulizia, in grado di far ritenere al piccolo che i suoi genitali siano "sporchi".

L'auto-stimolazione nel disabile è altrettanto presente e spesso incontra le stesse reazioni adulte di intolleranza. Esse sono ancora più accese, in base ai pregiudizi precedentemente evidenziati. Le reazioni dei genitori ai giochi sessuali fin dall'infanzia dei figli sono spesso di due tipi. Le femmine di solito vengono ammonite con fermezza perché non li facciano, specie con i maschi. Questi, invece, ricevono messaggi abbastanza contraddittori: non vengono puniti, ma spesso percepiscono nei genitori una rassegnazione o addirittura una certa fierezza per essi. Con l'inizio della pubertà tale dicotomia di atteggiamento diviene ancora più evidente. Questi atteggiamenti sono, naturalmente, fonte di confusione cognitiva e possono ostacolare l'apprendimento di una visione serena della propria sessualità.

L'auto-stimolazione (sia maschile che femminile) è un esercizio compensatorio con molteplici funzioni: è un'attività di riempimento in un momento di noia oppure di solitudine. In alcuni casi, quando vi è una forte manifestazione di intolleranza da parte della famiglia o dell'ambiente in cui il soggetto è inserito, viene utilizzata per catalizzare l'attenzione fino a dar luogo a vere e proprie forme di esibizionismo. Spesso è un'attività sostitutiva di comportamenti aggressivi, oppure sintomi di stati depressivi o ansiogeni quando diventa ossessivo-compulsiva (l'orgasmo calma ed attenua il malessere psicofisico).

Nei disabili, ancor più forse che nei normodotati, vi è un forte bisogno di toccarsi reciprocamente, in quanto questa forma di comunicazione e di conoscenza esplorativa è più immediata e fondamentale. Inoltre nei casi più gravi, la comunicazione può avvenire solamente attraverso il corpo. Le difficoltà di memorizzazione e di integrazione dei dati in ingresso possono condurre alla necessità di iterare le esplorazioni (eventualmente mirate a individuare le differenze sessuali), in quanto la fissazione dei concetti è molto alterata o assente. Ancora una volta, quindi, un comportamento del disabile viene allora attribuito a motivazioni sessuali, quando invece dipende da motivazioni cognitive (di conoscenza e di esplorazione) o da deficit cognitivi (di memorizzazione o di concettualizzazione).

La masturbazione è in grado di attivare fantasie negative quando chi la pratica è un disabile e ciò non semplifica le decisioni che si devono prendere in proposito. Come sottolinea Veglia (1991; 2000), familiari e/o operatori possono decidere che la masturbazione costituisce il modo più adeguato per soddisfare il desiderio sessuale in persone con ritardo mentale, per alcuni come soluzione definitiva, per altri come momento di passaggio verso un rapporto di coppia. Tale decisione non è naturalmente facile e coinvolge anche aspetti di ordine morale. È fondamentale che

ogni intervento venga condiviso fra tutti gli attori che fanno parte della vita della persona disabile, affinché ci sia alleanza educativa. Un ultimo aspetto su cui sensibilizzare gli operatori è il "duplice criterio" che si usa solitamente nel valutare la masturbazione nel ragazzo e nella ragazza. Senza dubbio tale pratica autoerotica è molto più diffusa nella popolazione maschile, normodotata e non, rispetto a quella femminile. Ciò può essere dovuto a vari fattori: il più elevato desiderio sessuale del maschio rispetto alla femmina, che sia dovuto o meno a fattori biologici e/o culturali; la più facile raggiungibilità dell'orgasmo da parte dei maschi e la maggiore accessibilità ed evidenza dei genitali maschili; stereotipi culturali che accettano maggiormente comportamenti sessuali da parte dei maschi rispetto a quelli delle donne, che tendono a essere giudicate negativamente se mostrano interessi in questo campo.

Frequentemente gli educatori e i genitori tendono a fornire scarsissime informazioni di tipo sessuale al disabile, da cui deriva una rilevante carenza di conoscenze sessuali, che costituisce un impedimento all'acquisizione di ruoli e preferenze sessuali. Non bisogna inoltre dimenticare che nel disabile tenuto protetto in famiglia o in quello istituzionalizzato viene spesso a mancare quel fattore così rilevante (e in taluni casi in grado di vicariare le informazioni non date dagli adulti) che è costituito dalle conoscenze derivanti dal mondo dei propri pari e coetanei. Se, inoltre, queste sono presenti, esse, che già nel mondo "normale" sono frammentarie, incomplete e talvolta erronee, lo divengono ancora di più in quanto provenienti da fonti disabili, con minori capacità di avere esperienze adeguate e di interiorizzarle. Spesso i comportamenti omosessuali del disabile sono il risultato di un senso di inadeguatezza personale nei confronti dell'altro sesso, del resto giustificata in base all'esiguità degli apprendimenti in proposito o alla sproporzione dei modelli proposti dai mass media o anche dagli adulti. Comportamenti omosessuali sono abbastanza frequenti in disabili di grado medio o leggero se istituzionalizzati da lungo periodo. In questi casi essi sono l'unico sbocco di una ricerca di affetto o di esperienze, che non ha altro modo per potere essere soddisfatta.

Talvolta compaiono comportamenti apparentemente pedofili, che non sono però il risultato di un desiderio del disabile di avere come compagno sessuale un bambino, ma derivano dalla paura di incontrare giovani o adulti della stessa propria età. Allora il disabile si rivolge a interlocutori più giovani di lui, presso i quali possa esercitare un certo prestigio e ricevere una più facile attenzione, ottenendo anche quel contatto fisico, erroneamente frainteso come pederastia, che gli adulti spesso non sono tanto disposti a concedere come manifestazioni d'affetto.

Anche nella possibilità di un rapporto sessuale completo vale tutto quanto si è detto in precedenza a proposito dei pregiudizi rispetto alla sessualità nei disabili. A ciò si aggiunga, naturalmente, il timore che eventuali rapporti sessuali possano portare alla nascita di figli anch'essi con problemi di disabilità psicofisica. Quest'ultimo aspetto ha una sua base razionale, ma non va portato all'eccesso. studi genetici avrebbero dimostrato che in caso di genitori entrambi con ritardo mentale vi è un 40% di probabilità che anche il figlio sia portatore di analoga condizione; tale probabilità scende al 12% nel caso di un solo genitore disabile mentale. Nella popolazione cosiddetta normale la probabilità sarebbe dello 0,5%. Inoltre, secondo i dati di Reed e Reed (1965), il 40% di figli con ritardo mentale, nati da genitori entrambi disabile con QI medio di 70, presentava un QI medio di 74; mentre del 15% di figli con ritardo mentale di genitori di cui solo uno disabile, il 54% aveva un QI maggiore di 90. Si rileva quindi la cosiddetta "regressione verso la media", per cui col passare delle generazioni le tendenze verso gli estremi, sia in negativo sia in positivo, tendono a indebolirsi e a tornare verso valori, appunto, medi. Il problema, dunque, esiste, ma va affrontato con equilibrio e può essere risolto, attraverso una prevenzione contraccettiva adeguata.

La scarsa conoscenza del proprio corpo e della sessualità, scarse relazioni e interazioni sociali, uno scarso apprendimento delle norme sociali compromettono il funzionamento personale e ne limitano lo sviluppo e la serenità di vita. È importante, dunque, agire con interventi educativi mirati alla conoscenza di sé e dell'altro, all'acquisizione di capacità di autocontrollo cognitivo comportamentali e delle convenzioni sociali.

2. Modalità di intervento

È importante focalizzare i macro-obiettivi principali di intervento:

- Sviluppo e rinforzo di abilità relazionali, comunicative ed intersoggettive;
- Potenziamento della coscienza di sé e dell'autostima;
- Sviluppo del lavoro cooperativo;
- Autocontrollo emotivo e comportamentale;
- Sviluppo delle capacità di *decision making* e rinforzo del pensiero flessibile;
- Rinforzo abilità cognitive.

Altrettanto importante è l'interiorizzazione, da parte della persona disabile, di alcuni prerequisiti:

- Conoscenze fisiologiche: il disabile deve possedere, seppure in modo elementare, alcune conoscenze circa i propri organi genitali; in particolare le ragazze richiedono spesso maggiori informazioni, in considerazione della minore "visibilità" delle principali aree erogene e della loro particolare delicatezza e sensibilità.
- Motilità fine: questa è necessaria per svolgere adeguatamente i movimenti di auto-stimolazione; potranno essere necessari degli addestramenti preventivi alla manipolazione attenta e delicata di oggetti fragili.
- Discriminazione dei tempi e dei luoghi idonei.
- Collegare tale pratica autoerotica al desiderio e all'eccitazione sessuale: è importante far capire al disabile che l'attività autoerotica è un qualcosa che nasce dal desiderio e dalla capacità di provare un'eccitazione sessuale e deve rimanere il più possibile legata a questo campo; se si è in ansia o ci si annoia, invece, possono essere emessi altri comportamenti per risolvere la questione, che sono più idonei, aumentano le proprie capacità e non incorrono in sanzioni sociali. Tali comportamenti potranno essere insegnati dagli operatori all'interno di altri programmi, ma il collegamento fra questi altri ambiti e questo deve essere fatto, soprattutto se vi è la possibilità di una masturbazione compulsiva.
- Abilità di igiene personale: infine, il disabile dovrebbe essere già in grado, almeno in una certa misura, di badare alla pulizia propria e dei suoi indumenti, al fine di poter inserire, come passo finale della sequenza, anche il pulirsi e il rivestirsi adeguatamente. Inoltre per la popolazione femminile, l'acquisizione di questo prerequisito comporta la gestione del ciclo mestruale.

3. Approcci generali

La gestione della sessualità, con l'eventuale eccezione di soggetti più gravemente compromessi, è semplicemente un apprendimento alla discriminazione dei tempi e dei luoghi in cui è o meno possibile mostrarsi senza vestiti, masturbarsi o avere attività sessuali con un partner.

Ciò può essere facilitato anche dal chiarimento del concetto di "pubblico" e di "privato", che, come sottolinea la Dixon (1988), può essere facilitato dall'uso di fotografie che mostrano attività e luoghi di tipo pubblico e privato. Rispetto l'auto-stimolazione genitale è da tener presente che, essa, più che il problema, potrebbe essere il sintomo del un problema. Abbiamo già sopra sottolineato come possa costituire un'attività di riempimento, di sostituzione o di attrazione dell'attenzione, oltre a una facile fonte di gratificazione, per soggetti per cui è più difficile ottenere soddisfazioni dall'ambiente. In questi casi, piuttosto che limitare l'attività auto-stimolatoria con metodi punitivi, è più utile, dopo un'attenta analisi funzionale, cercare di risolvere il problema a monte: fornire stimoli e attività interessanti; capire perché il soggetto è frustrato e dargli competenze atte a risolverne le difficoltà; concedere attenzione e considerazione, cercando di usarla come rinforzo per l'acquisizione di utili comportamenti.

In ambito istituzionale e/o di gruppo (e con intenti e modalità più avanzate), la Dixon (1988) propone un intervento mirato al "toccare ed essere toccati", che si propone le seguenti mete e tecniche:

Riconoscere i punti del corpo e i modi gradevoli o sgradevoli rispetto all'essere toccati: in cerchio si elencano tutti i possibili tipi di tocco (ad es.: carezzare, stringere, sfregare, solleticare, graffiare, pizzicare, massaggiare, ecc.). Ogni membro del gruppo specifica come e dove gli piace o meno essere toccato. Si accetta il fatto che qualcuno non ami per nulla essere toccato.

Imparare a distinguere fra modi di toccare "buoni" e "cattivi": si discutono modalità di contatto "cattive" (per es.: qualcuno nel bus pone una mano sulle ginocchia), sottolineando la differenza fra queste e quelle "buone" (per es. la mancanza di accordo reciproco, il fatto che queste persone non si conoscono, la repentinità del gesto, ecc.). Per ciascuna di queste situazioni si sottolinea come ognuno abbia il diritto di opporsi a tali azioni e si suggeriscono le modalità più adeguate per farlo (per es. dire di no apertamente, chiedere aiuto ad adulti o a persone in divisa, ecc.).

Vi sono alcuni principi generali validi per ogni comportamento problematico, non solo sessuale:

ogni comportamento emesso risponde a una sua specifica funzionalità, che occorre comprendere prima d'intervenire (fattori che lo innescano e lo mantengono). Di conseguenza, è in genere sconsigliabile cercare di estinguere un comportamento, senza trovarne un altro più adeguato, ma con analoghe funzionalità, che lo possa sostituire. Da un punto di vista etico ciò potrebbe essere considerata una frustrante crudeltà, da una prospettiva più pratica, è elevato il rischio che il comportamento estinto venga sostituito da un altro comportamento disadattivo scelto dal soggetto.

Il comportamento adattivo appreso deve essere utile all'interno di un percorso di apprendimento, con incremento di abilità e perseguimento di una maggiore autonomia.

Un comportamento deve diventare bersaglio di un intervento mirato a estinguerlo solo dopo che si è operato un processo di "decisione di effettiva problematicità", secondo i seguenti criteri (Veglia, 2000):

- Il comportamento espone il soggetto che lo mette in atto o altre persone o l'ambiente a pericoli, danni fisici ed esperienze traumatiche.
- Il comportamento permette di raggiungere soltanto un benessere effimero e non dà l'accesso a gratificazioni più significative a medio e lungo termine.
- Il comportamento è seguito soltanto dalla riduzione di un disagio (come l'ansia), ma non consente di costruire autentiche situazioni gratificanti.
- Il comportamento non consente di raggiungere gli obiettivi verso cui il soggetto era pure orientato. Il comportamento espone il soggetto a conseguenze ambientali e sociali negative o comunque i costi prodotti dall'azione sono superiori ai vantaggi.
- L'uso del comportamento impedisce l'apprendimento e l'esercizio di altri schemi di azione più efficaci e impoverisce il repertorio di conoscenze del soggetto.
- L'uso del comportamento interferisce con l'acquisizione di nuove competenze, anche in aree prive di contenuti sessuali.
- La ridotta autonomia, prodotta dalla povertà del sistema di conoscenza e dei repertori comportamentali a sua volta generata dal ripetersi dei comportamenti problematici, interferisce con la capacità di risolvere problemi, assumere decisioni e costruire una buona immagine di sé, generando massima dipendenza dall'ambiente.

4. Modello del Trattamento Meno Restrittivo

Una volta deciso di effettuare l'intervento di riduzione del comportamento problematico, è necessario utilizzare la strategia meno lesiva della libertà individuale. Ciò può essere fatto seguendo il "Modello del Trattamento Meno Restrittivo" elaborato da Foxx (1982).

- **Controllo dello stimolo:** consiste nello strutturare la situazione-stimolo nel modo più adeguato possibile alla produzione delle risposte. Si parla in questo caso di *prompting* (suggerimento).
- **Rinforzo:** consiste nel fare seguire il comportamento adeguato manifestato dal soggetto da conseguenze positive di vario genere.
- **Modellamento:** consiste nel presentare al soggetto un modello che esegue la prestazione richiesta (tale termine equivale grossomodo all'imitazione).
- *Shaping* (o modellaggio): consiste nel rinforzare delle approssimazioni successive al comportamento meta. Per raggiungere approssimazioni sempre più precise si ricorre al rinforzamento positivo e all'estinzione.
- *Chaining* (o concatenamento): consiste nel combinare diversi comportamenti, ognuno dei quali è caratterizzato dalla presenza di uno stimolo discriminante, di una risposta e del rinforzamento. In esso, ogni comportamento funge sia da stimolo discriminante per la risposta che segue, sia da rinforzo per la risposta precedente.
- **Estinzione:** si fa in modo che il comportamento inadeguato non sia più seguito da ricompensa (sommariamente tale tecnica consiste nell'ignorare il comportamento).

- **Rinforzo differenziale:** assumendo che numerosi comportamenti siano reciprocamente incompatibili, si rinforza quello adeguato, mentre quello inadeguato viene sottoposto a estinzione.
- **Costo della risposta:** la situazione educativa viene organizzata in modo tale che la comparsa del comportamento inadeguato è fatta seguire dalla perdita totale o parziale di un beneficio.
- **Time-out:** il comportamento inadeguato, quando viene prodotto, comporta la sottrazione di ogni possibile rinforzo per un periodo di tempo circoscritto (stanzino del time-out).
- **Pratica negativa o “saziatura”:** particolarmente adatta all'eliminazione di gesti stereotipici o di veri e propri tic, consiste nel far ripetere tali comportamenti fino a provocarne la scomparsa, conseguente a saturazione.
- **Contratti educativi:** tipo di contratto in cui vengono specificati sia i comportamenti o i compiti richiesti sia i rinforzi che seguono alla comparsa di quei comportamenti. Elemento fondamentale di tale contrattazione è quello di basarsi su patti chiaramente formulati ed accettati dalle parti contraenti.
- **Token economy (economia simbolica):** sistema economico in cui come mezzo di scambio vengono usati dei rinforzi simbolici. Questi rinforzi vengono poi scambiati con quelli di sostegno, i quali possono essere tangibili, dinamici, eccetera. Il rinforzo simbolico, che generalmente consiste in gettoni, visti, firme, ecc., svolge la stessa funzione del denaro nella società esterna all'istituzione.
- **Autocontrollo:** procedura di modificazione caratterizzata dal fatto che è il soggetto stesso a introdurre delle modificazioni nell'ambiente che lo circonda e ad alterare in questo modo la frequenza di alcune risposte che fanno parte del suo repertorio.
- **Pratica positiva:** consiste nell'indurre il soggetto a eseguire una catena o parte di una catena di comportamenti adeguati per alcune volte di fila, finché non è in grado di eseguirle in modo soddisfacente. La seduta di pratica positiva in genere segue immediatamente l'emissione del comportamento inadeguato e consiste in genere nell'emissione di risposte che costituiscono la controparte positiva di esso.
- **Ipercorrezione od “overcorrection”:** si tratta di una pratica di punizione che fa seguire all'emissione di un comportamento problematico, che crea dei danni, la riparazione sistematica di tali danni portata però a un grado molto elevato, che comporta l'estensione degli atti riparativi anche ad altri aspetti ambientali, che non erano stati danneggiati dal comportamento problematico stesso.

5. Manuale di insegnamento delle abilità sociali

McGinnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P. e N. J. Gershaw (“Manuale di insegnamento delle abilità sociali”, Erickson, 1986) formulano delle strategie di azione. L'insegnamento della gestione della propria sessualità può avvenire attraverso le tecniche di apprendimento delle abilità sociali:

- **Modeling:** è l'osservazione di un modello che emette un comportamento adeguato. Il soggetto impara “cosa fare”. L'apprendimento avviene per imitazione. Attraverso il modeling vengono appresi, rafforzati, indeboliti o facilitati molti comportamenti. Comportamenti da apprendere dovranno essere proposti: chiaramente e in maniera

dettagliata, in ordine crescente di difficoltà, riproposto frequentemente, scarni di informazioni superflue, in diversi contesti in modo da permettere la generalizzazione.

- *Role playing*: “La situazione in cui viene chiesto ad un individuo di simulare un ruolo mai sostenuto in precedenza, oppure, se il ruolo è già proprio, esercitarlo in circostanze diverse da quelle usuali”. Permette al soggetto di imparare “come fare”, portando una modificazione adattiva dei comportamenti.
- *Task analysis*: o anche analisi del compito, è una procedura che scompone un'abilità o un compito in abilità e sotto-abilità più semplici. Il risultato di tale procedura è una gerarchia di abilità a cui si fa corrispondere un ordine di obiettivi di insegnamento-apprendimento.
- *Circle time*: i partecipanti si dispongono in cerchio con un conduttore che ha il ruolo di sollecitare e coordinare il dibattito entro un termine temporale prefissato. L'educatore diviene mediatore nel porre domande o nel fornire risposte. Possono essere utilizzate facilitazioni concrete per sostenere il turno di parola (ad esempio, passarsi un oggetto prima di iniziare a parlare).
- *Storie sociali*: Breve racconto costruito con un certo formato e alcuni criteri specifici e che serve a descrivere oggettivamente persone, abilità, eventi, concetti o situazioni sociali. Servono per la comprensione del dove e del quando ha luogo una certa situazione, chi è coinvolto, cosa accade e perché. Danno rilievo ad una situazione che per altri è ovvia, ma non per il soggetto con disabilità. (Gray, 1991)
- *Problem solving*: è l'insieme di tutti i metodi e le tecniche di risoluzione dei problemi e delle relative strategie utili alla soluzione degli stessi. Si sviluppa in quattro fasi: focalizzare, analizzare, risolvere, eseguire.
- *Conversazioni con fumetti*: è l'utilizzo di semplici disegni, simboli e colori per illustrare concetti astratti, idee e particolari rilevanti. È molto utile per preparare il soggetto a nuove situazioni, per chiarire il comportamento altrui, per affrontare una situazione complessa (Gray, 1994). Il contenuto della conversazione viene simultaneamente spiegato attraverso domande selezionate e vengono usati colori differenti per evidenziare quegli aspetti “non visibili” della comunicazione. Il disegno deve essere essenziale ed estremamente rappresentativo.

Per ogni tipologia di intervento è importante fissare regole per il gruppo: innanzitutto bisogna essere coerenti nei confronti della regola a partire dagli educatori/operatori. È importante aumentare la prevedibilità e comprensione della situazione (ad es. creare routine, usare agende dove segnare la reiterazione o meno di comportamenti, utilizzare supporti visivi esplicativi). Adattare e limitare il linguaggio orale di operatori ed educatori affinché la persona non venga suggestionata, ma sia libera di esprimersi (è importante scrivere tutto ciò che viene detto per avere una raccolta dati “ad personam”).

È fondamentale variare le attività per prevenire la noia e creare momenti per la generalizzazione nei diversi contesti. Se il gruppo è disomogeneo cognitivamente, è importante offrire opportunità e attività in linea con le capacità di apprendimento. Il rinforzo positivo è basilare.

Riferimenti Bibliografici

- Bakwin, H., and Bakwin, H. R. M., (1972), *Behavior Disorders in Children*, 4th W. B. Saunders, Philadelphia. 80–88, C. Nicholls and Company, Manchester.
- Cornoldi C.;(2007) *Difficoltà e disturbi nell'apprendimento*. Il Mulino, Bologna
- Dixon H.; (1993) *L'educazione sessuale nell'handicappato*, Erickson
- Foxx, R. M. (1982). *Increasing the behaviors of persons with severe retardation and autism*. Champaign, IL: Research Press.
- Gray P.; *Lasciateli Giocare* Mondadori, Milano
- Kaplan S.H.; (2002), *Nuove terapie sessuali*, Bompiani
- McGinnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P. e N. J. Gershaw. (1986) *Manuale di insegnamento delle abilità sociali*, Erickson.
- Veglia F.;(2003) *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Franco Angeli Edizioni, Milano