



ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

# AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ NELLE PERSONE CON DISABILITÀ





ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

### **La Presidente**

Laura Parolin

### **Il Segretario e Coordinatrice della Consulta per i Diritti Umani**

Gabriella Scaduto

### **A cura di**

Riccardo Biella

Isabella Cadirola

Jacopo Casiraghi

Daniela Invernizzi

Giovanni Giulio Valtolina

### **Progetto grafico**

Alessandra Riva

I contenuti fotografici sono tratti da 123RF.com

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
Il concetto di disabilità	7
L'affettività & la sessualità	14
Percezione della sessualità fra tabù e pregiudizi	22
Il diritto a una vita sessuale e affettiva	27
<b>Bibliografia e sitografia essenziale</b>	<b>34</b>

# INTRODUZIONE

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia, ormai da diversi anni, si occupa del naturale connubio esistente tra la professione psicologica e il mondo dei diritti umani. Negli ultimi anni, in particolare, l'azione ordinistica si è ampliata e strutturata, declinandosi attraverso l'attivazione di diversi gruppi di lavoro specifici e di una Consulta con funzione di coordinamento. L'obiettivo generale è quello di studiare e contestualizzare le Convenzioni ratificate dall'Italia così come gli apparati scientifici e organizzativi che ruotano attorno a tutte le azioni di promozione e tutela dei diritti umani, facendone cultura e strumenti scientifici, deontologici e operativi per la nostra comunità professionale. A valle di ciò, quale simmetrica necessità, si è strutturato un preciso impegno ordinistico rispetto al posizionamento professionale e al riconoscimento delle competenze psicologiche nella salvaguardia e nella tutela dei diritti, tanto nei tavoli tecnici e decisionali delle istituzioni, quanto all'interno dei diversi sistemi di protezione che operano nelle comunità territoriali. Tali azioni si basano sull'idea sempre più condivisa che quella dello psicologo sia una figura professionale strategica "naturalmente vocata" alla tutela e promozione dei diritti. Nello specifico del Gruppo di lavoro per i diritti delle persone con disabilità, quest'anno si è concentrato sulla stesura di un lavoro su affettività e sessualità nelle persone con disabilità, ad oggi la letteratura scientifica sul tema dell'affettività e della sessualità legate alla disabilità è ancora scarsa; permangono pregiudizi e permane il termine disabilità utilizzato per definire uno spettro ampio che va dalle malattie congenite ai traumi cerebrali, al disagio psichiatrico. Trattare la sessualità delle persone con disabilità si configura ancora come un tema molto complesso. Proprio su tali basi l'azione ordinistica si colloca nel solco di ciò che viene espresso nel preambolo della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRDP), che testualmente riporta: "l'approccio alle problematiche della disabilità si fonda sulla promozione dei diritti umani combattendo ogni forma di discriminazione e non sulla mera assistenza". Lo scopo di tale lavoro vuole avere una ricaduta scientifico-culturale, per i colleghi e le colleghe al fine di migliorare la qualità del lavoro in termini sia specifici che generali, nonché rappresentare un'operazione strumentale attraverso cui i principi della convenzione possano diventare dirimenti per le linee programmatiche e orientative di qualsiasi nostra azione di promozione e tutela nel mondo della disabilità. Questo lavoro è stato strutturato con un gruppo di professionisti che teniamo a ringraziare, innanzitutto per la messa a disposizione di competenze, tempo e professionalità e anche per lo spirito e l'energia che hanno declinato nel lavoro. Nutriamo la speranza che tutti i colleghi, e non soltanto coloro che lavorano con le persone con disabilità, possano trovare in questo documento un riferimento utile, pratico e d'ispirazione.

## **La Presidente**

Laura Parolin

## **Il Segretario e Coordinatrice della Consulta per i Diritti Umani**

Gabriella Scaduto

## COS'È LA DISABILITÀ?

*Condizione di coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.*

Tale definizione si basa sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2006), ratificata dall'Italia con la Legge 18/2009. Diversi modelli di disabilità sono stati definiti nel passato. Il modello medico, a lungo predominante, si concentra sulla menomazione dell'individuo, mentre quello sociale sottolinea le difficoltà legate all'ambiente (fisico e sociale) e derivanti da pregiudizi o restrizioni nelle opportunità scolastiche e lavorative.

*Treccani*

## IL CONCETTO DI DISABILITÀ

*“La disabilità è l'impossibilità di avere una vita normale all'interno di una società che prevede un certo standard fisico. Penso che la disabilità mette le persone di fronte a barriere che non sono solo di tipo architettonico [...] Si, la disabilità è essere tagliati fuori. [...] Penso che molti di quelli che consideriamo disabili abbiano un sacco da dare se li si mette in condizioni di dare, ecco, quindi la disabilità è un limite imposto dall'esterno. [...] È difficile, [la vita con una persona con disabilità] è piena di complicazioni che gli altri spesso non capiscono perché non le vivono: [...] quindi ti rimangono di fianco persone che o hanno avuto un'esperienza analoga o sono veramente delle menti eccelse e dei cuori puri. La nostra, la mia vita, la nostra vita è difficile. Dico la nostra perché la mia vita dipende dalla sua, quindi in realtà è la nostra.”*  
[Moglie e Caregiver]

*“La disabilità per come ho avuto modo di viverla sulla mia pelle è una SITUAZIONE: diventa un contesto familiare in cui tutti i membri della famiglia sono coinvolti e non solo la persona con le specifiche limitazioni. La disabilità implica una sofferenza condivisa da tutta la famiglia, a causa degli iniziali sentimenti di vergogna, senso di solitudine ed emarginazione rispetto alle “normali” famiglie, che solitamente non sanno come comportarsi e quindi o incorrono nel pietismo o preferiscono far finta di non vedere e tenersi alla larga. [...] Spesso in passato per me vivere questa vita è stato molto pesante: pesante a livello emotivo perché ti senti in qualche modo condannato a vivere una vita con ritmi e routine stravolte. Non si può pensare di improvvisare una giornata al mare, bisogna sempre programmare tutto con anticipo, portare via sempre più cose del necessario per eventuali emergenze, e spesso capita/va che anche organizzandosi preventivamente si fosse costretti il giorno stesso a disdire tutto, per un lieve malessere del fratello/sorella con disabilità. Invitare amici a casa non è così semplice e non può essere un impulso spontaneo.”*  
[Sorella di Persona con Disabilità]

Lavorare con la diversità connota l'intervento dello psicologo. Per la normativa, così come ricordato dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia (OPL), *“lo psicologo è un professionista che opera per favorire il benessere delle persone, dei gruppi, degli organismi sociali e della comunità”*; cosa c'è di più diverso e vario dell'essere umano e del suo consorzio?

*Quando incontro qualcuno dissimile da me, mi riconosco completamente nella dissimiglianza. Io sono, in quanto differisco dagli altri. (Henry David Thoreau)*

Essere “diverso” è un valore identitario, intrinseco, caratterizzante ogni individuo. È addirittura un diritto:

*Quando perdiamo il diritto a essere diversi, perdiamo il privilegio di essere liberi. (Charles Evans Hughes).*

Ciò nonostante, ancora oggi il termine "diversità" ha assunto un significato negativo, quasi uno stigma, come se tutti, indifferentemente e all'opposto, dovessimo mirare ad una presunta normalità, la cui esistenza stessa è messa in dubbio da filosofi e pensatori.

*Nell'idea dell'armonia e del consenso universale, c'è un odore davvero spiacevole di tendenze totalitarie, rendere tutti uniformi, rendere tutti uguali. Alla fine questa è un'idea mortale, perché se davvero ci fosse armonia e consenso, che bisogno ci sarebbe di tante persone sulla terra? Ne basterebbe una: lui o lei avrebbe tutta la saggezza, tutto ciò che è necessario, il bello, il buono, il saggio, la verità. Penso che si debba essere sia realisti che morali. Probabilmente dobbiamo riconsiderare come incurabile la diversità del modo di essere umani (Zygmunt Bauman).*

A conferma di questa sfumatura negativa la Treccani così deve scrivere alla voce **diversità**:  
s.f. [dal lat. *diversitas -atis*]. – 1. L'esser diverso, non uguale né simile: d. *d'aspetto, di colore*; d. *di opinioni, di gusti*; d. *biologica, lo stesso che biodiversità*. [...]. 3. **La condizione di chi è, o considera sé stesso, o è considerato da altri, «diverso» (omosessuali, disabili, emarginati, ecc.).**  
Significativa la parentesi dove fra i "diversi", in modo esplicativo, sono elencati "omosessuali", "disabili" e "emarginati". In questa narrativa la **persona con disabilità** è "diversa" per eccellenza: si discosta a volte in modo anche molto esplicito da quello che si intende per "normale".

Al di là della semplificazione proposta dalla Treccani diviene automatico proporre un breve enunciato:

SE [A] gli psicologi lavorano con la diversità, imparano ad amarla e a valorizzarla dato che "la saggezza è saper stare con la differenza senza voler eliminare la differenza" (Gregory Bateson)

E [B] la persona con disabilità è considerata un tipico esempio di "diversità",

Allora [A] + [B] porterebbero a pensare che lo psicologo, **più di tutti**, dovrebbe essere esperto nel lavoro con le persone con disabilità. E in effetti lo psicologo potrebbe offrire il suo contributo a diversi livelli del discorso:

1. valutare (diagnosticare nel caso di alcune disabilità psichiche) il livello di deviazione dalla "media" (ad es. calcolando il QI);
2. offrire supporto psicoeducativo alla persona o ai suoi caregivers/familiari;
3. contribuire alla riabilitazione (psicologica, emotiva e cognitiva) della persona;

4. valorizzare le risorse sia gli occhi della persona con disabilità che a quelli della sua famiglia fino ad arrivare alla società;
5. abbattere pregiudizi e stigma a tutti i livelli.

Eppure, nonostante l'enunciato proposto, il lavoro richiesto e le enormi chance professionali, sono ancora numerosi i colleghi psicologi che di fronte al tema scuotono la testa preoccupati e pongono numerose domande a chi, invece, è esperto nel settore. E, prima ancora, quali sono i termini etimologicamente corretti per inquadrare la questione?

Questo dossier ha lo scopo di provare a dare risposta ad alcuni di questi quesiti, in particolare rispetto **alle persone con disabilità e ai loro caregiver(s)**. In queste pagine ci si propone pertanto, in modo sintetico e puntuale, di costruire la cornice epistemologica dell'intervento psicologico diretto alle persone con disabilità, alle loro famiglie e infine alle istituzioni. Per iniziare nel modo giusto è necessario dare una risposta più dettagliata a questa domanda: "che cos'è la disabilità?"

### **Cos'è la disabilità?**

Mentre si legge la definizione si suggerisce di tenere a mente i neretti, che dovranno essere a loro volta esplicitati con una riflessione aggiuntiva.

DISABILITA' (Treccani): Condizione di coloro che presentano durature **menomazioni** fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, **in interazione con barriere di diversa natura**, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri. Tale definizione si basa sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006), ratificata dall'Italia con la Legge 18/2009. Diversi modelli di disabilità sono stati definiti nel passato. Il modello medico, a lungo predominante, si concentra sulla menomazione dell'individuo, mentre quello sociale sottolinea le difficoltà legate all'ambiente (fisico e sociale) e derivanti da pregiudizi o restrizioni nelle opportunità scolastiche e lavorative.

Parlare di handicap, disabilità o menomazione significa riferirsi a tre situazioni completamente diverse tra loro. Già nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva, distingueva e classificava le tre voci con la pubblicazione dell'International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps (ICIDH) (ICIDH: classificazione delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap. In S., Soresi e L., Nota. (2001). La facilitazione dell'integrazione scolastica. Erip Editrice, Pordenone), come appendice dell'International Classification of Diseases (ICD). Appare chiaro fin dalla sua prima analisi che l'attenzione di questo nuovo strumento di classificazione si focalizzi non più sul concetto di malattia (diseases) bensì su quelli di menomazione (impairment), disabilità (disabilities) e handicap.



*“Si intende per **menomazione** qualsiasi perdita o anomalia a carico di una struttura o di funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche”. La menomazione è in sostanza l’allontanamento dalla media della situazione biomedica individuale e comprende sia i deficit degli apparati funzionali che le alterazioni transitorie o permanenti e le perdite di organi.*

*“Si intende per **disabilità** qualsiasi restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) della capacità di svolgere un’attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano”. La disabilità, che può essere transitoria o permanente, si traduce in difficoltà nel realizzare i compiti normalmente attendibili da parte del soggetto considerato”.*

*“Si intende per **handicap** una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all’età, al sesso, ai fattori culturali e sociali)”.*

**L’handicap esiste solo a livello sociale in interazione con l’ambiente e il contesto di appartenenza e riflette in sostanza le conseguenze culturali, sociali, economiche e relazionali della disabilità nell’esistenza dell’individuo considerato.**

Nel 1997 l’OMS ha riformulato l’ICIDH: l’International Classification of Impairments, Activities and Participation (ICIDH-2) (Organizzazione Mondiale della Sanità (1997), ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation. A manual of dimensions of disablement and functioning, Ginevra) andando in sintesi a ridefinire le voci “disabilità” e “handicap”. Tale revisione è qui riportata solo per mostrare il ricco substrato di ragionamenti che il tema e le relative classificazioni hanno da sempre provocato negli esperti. Secondo l’ICIDH-2 *“la valutazione di persone con disabilità non va effettuata su parametri astratti di valutazione, ma sulla possibilità di svolgere determinate attività attraverso funzioni psicofisiche”*. Deve essere inoltre valutata la reale partecipazione delle persone con disabilità nella società e l’“handicap” risultante è calcolato infine ai fattori contestuali che favoriscono o ostacolano le persone con disabilità.

La visione riduzionista e medica del problema è stata rifiutata in quanto ha prodotto una distorta valutazione di capacità e abilità delle **persone con disabilità** che venivano trattate in modo differente, cercando prima di guarirle e poi inserirle (12 G., Griffo, 2000 in C., Corsolini. Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità. Saggi Child Development & Disabilities. Vol. XXVIII – n. 2/ 2002 quarterly. Pag. 18).

L’OMS revisionerà l’ICIDH e proporrà l’ICF, International Classification of Functioning, Disabilities and Health andando a modificare da subito la nomenclatura: **menomazione e handicap sono eliminati, arrivando a leggere la salute dell’individuo unicamente in chiave positiva**. La disabilità non è “assoluta” ma è una condizione specifica di salute in un determinato ambiente sfavorevole. A parità di patologia viene analizzato il contesto familiare, economico e sociale del soggetto che può aggravare o all’opposto migliorare la situazione. La salute è un oggetto di studio

multidimensionale, così come la disabilità. L'ICF è una classificazione che riguarda tutti poiché ogni persona può avere una condizione di salute che in un determinato contesto ambientale sfavorevole causi disabilità. L'obiettivo è stato quello di de-etichettare la diversità in modo che **la "disabilità" diventi "un fenomeno multidimensionale", prodotto dalla relazione e interazione fra persona, ambiente fisico e sociale. Per questo si parla di studenti con "bisogni educativi speciali"**.

*Non sarà l'omologazione delle differenze il futuro dell'umanità, ma la loro convivialità, il loro reciproco riconoscersi e accettarsi, sul fondamento comune della dignità assoluta di ogni persona umana e del diritto di ciascuno all'uguaglianza, formale e sostanziale. (Bruno Forte)*

### **Quali disabilità potrei incontrare nella mia pratica professionale?**

Potere non significa "dovere" ovviamente. Solitamente uno psicologo lavora con persone che presentano una tipologia di disabilità comune e, come in tanti ambiti del nostro sapere, è necessario declinare la propria specializzazione a seconda dell'area di riferimento.

Se l'ICF descrive la disabilità in base alla sintesi fra società e resa dell'individuo, l'eziologia è invece possibile grazie all'ICD-10. Per ICD-10 le disabilità si distinguono in quattro categorie:

- 1) Disabilità sensoriale, ovvero che riguarda i cinque sensi;
- 2) Disabilità motorie, ovvero localizzate all'apparato locomotore, ai muscoli o agli aspetti neurologici del movimento;
- 3) Disabilità intellettive come basso QI, insufficienze mentali o disturbi dell'apprendimento come dislessia, disgrafia etc;
- 4) Disabilità psichica ovvero con patologia/condizione psichiatrica e relazionali (psicosi) o gravi difficoltà psicologici, come le nevrosi.

Se nella stessa persona sussistono più forme di disabilità si parla generalmente di pluridisabilità.

Ogni area citata prevede consuetudini e modalità di intervento dissimili, che si fondano tutte sull'ascolto e l'incontro ma che si declinano sulla base delle risorse disponibili, dell'ambiente e della famiglia di riferimento e delle narrative (anche stereotipate) esistenti sul tema.

### **Quante persone con disabilità vivono in Italia?**

Il sito dell'ISTAT permette a chiunque di poter scaricare i rapporti annuali che offrono i dati più aggiornati anche in materia di disabilità. Nello specifico si evince che le percentuali di persone con "limitazioni nelle attività abitualmente svolte" nell'anno 2018 sono le seguenti:

**Limitazioni gravi:** 5,1%

**Limitazioni non gravi:** 16,5%

**Senza limitazioni:** 73,5%

**Non indicato:** 4,9%

Potenzialmente, un italiano su cinque rientra nel lavoro proposto da questo dossier. Volendosi concentrare solo sulla scuola, nel 2017 un altro rapporto ISTAT individua 252.421 alunni con disabilità.

### **Cosa significa discriminare una persona con disabilità?**

La legge 67/2006 tutela le persone con disabilità in caso di discriminazione, diretta o indiretta. Secondo la legge non ci può ovviamente essere nessun pregiudizio. La discriminazione diretta si esplica quando, per motivi connessi alla disabilità, una persona è trattata in modo meno favorevole di quanto non sia, sia stata o sarebbe trattata una persona senza disabilità in situazione analoga. Qualsiasi esempio di ingiustizia sociale, mirata e volontaria rientra in questa categoria che oggi è facile riconoscere e molto comune.

La discriminazione indiretta avviene quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone. Si tratta di discriminazioni più sottili, a volte confuse con il dato di fatto "assodato", ma non per questo meno lesive della dignità di una persona. Rientrano in questa categoria alcuni modi di dire, come ad esempio "sono circondato da celebrosi" o "non fare il down!".

Anche le molestie sono a tutti gli effetti considerate atti di discriminazione, ovvero comportamenti indesiderati posti in essere per motivi connessi alla disabilità, che violano la dignità e la libertà di una persona con disabilità, ovvero creano un clima di intimidazione, di umiliazione e di ostilità nei suoi confronti.

### **Cosa si intende quando si parla di "abilismo"?**

L'abilismo riguarda il presupporre che tutte le persone abbiano un corpo e un funzionamento abile e costruire un mondo fisico, sociale, lavorativo, relazionale che porta quindi all'esclusione di persone con disabilità sensoriale, motoria, intellettiva e psichica. Un esempio di questo riguarda il suddividere le persone in categorie o gruppi definendole unicamente per la loro disabilità (ad es.: "gli autistici sono tutti...") attribuendo certe caratteristiche a priori imprigionandole in stereotipi. Alcune forme di abilismo sono travestite dall'ironia e perseverano nella nostra società a tutti i livelli di cultura.

L'abilismo, esattamente come lo stigma, può essere ribaltato e travestirsi in una valutazione esageratamente positiva (quasi buonista) che Stella Young definisce "Inspiration porn". Alcune persone con disabilità diventano "di ispirazione" solo per il fatto di avere una disabilità, oggettivandole a favore delle persone non disabili, e rendendole straordinarie anche nel caso compiano gesti banalmente ordinari, come uscire la sera, studiare o diventare genitori. Tipici

esempi sono frasi del tipo: “come sei coraggioso, io al tuo posto non riuscirei neppure ad uscire di casa” oppure “sei bellissima nonostante la tua disabilità”. A volte sono frasi dette con l’intento di fare un complimento ma denunciano un radicato abilismo e una mancanza di tatto profonda. Si sottolinea, infine, che pregiudizi e stereotipi sono presenti nell’intera società, quindi anche nelle persone con disabilità, che della società fanno ovviamente parte. Compito dello psicologo e lavorare non solo sui propri pregiudizi, ma anche su quelli intrinseci delle persone che richiedono il suo supporto.

Non riesco ad immaginare che un uomo possa amarmi, così, per come sono fatta. Non è possibile, mi dico. conquistare la mia fiducia è davvero difficile. (una donna affetta da Atrofia Muscolare Spinale)

### **Come inizio una consultazione con una persona con disabilità?**

Viene da rispondere: “esattamente come per ogni altra persona”, ed è questo il difficile! Il colloquio mira a una anamnesi psicologica accurata che possa evidenziare da subito risorse, pregiudizi e stereotipi del terapeuta E del paziente/cliente (e a quella dei genitori/caregiver in caso di minori o persone con disabilità cognitiva). Approfondire la tipologia di disabilità incontrata, le cause della stessa e l’eventuale prognosi è ovviamente fondamentale per far sentire accolta e ascoltata la persona e scongiurare un altro tipico pregiudizio, sugli psicologi questa volta: “*chi non vive sulla sua pelle la mia situazione non può capire*”. È lecito, infine, supporre che alcuni temi possano emergere più di altri in seduta ma anche in questo caso bisogna diffidare delle facili categorizzazioni stereotipate quali:

1. apparenza versus sostanza;
2. autonomia versus dipendenza;
3. discriminazione, abilismo e inspiration porn versus soddisfazione relazionale/lavorativa;

Un compito arduo sarà per lo psicologo quello di rifarsi all’esperienza di persone già incontrate con medesima disabilità e alla letteratura, cercando di evitare al contempo categorizzazioni e facili etichette, sempre in agguato, anche in termini positivi. Riconoscere la diversità insita in ciascuno e leggerla come una ricchezza e un valore è un compito fondamentale per ogni psicologo, con cui si è aperto e si conclude questo primo capitolo.

*“Belane, sei svitato?”*

*“Chi lo sa? La pazzia è relativa. Chi stabilisce la normalità?”*

*“Non lo so.”*

(Charles Bukowski)

## L' AFFETTIVITÀ & LA SESSUALITÀ

Al termine affettività sono stati attribuiti nel tempo significati differenti, a seconda del campo di studi e della disciplina che l'ha indagato.

Le scienze psicologiche si sono concentrate sugli affetti in relazione alle differenti fasi del ciclo di vita: sulle emozioni e sulla loro regolazione, sulla capacità di attribuire a se stessi e agli altri stati mentali differenti, fondamentali per l'interazione sociale e per comprendere il proprio e l'altrui comportamento.

Gli psicologi dello sviluppo si sono concentrati sul mondo emotivo ed affettivo nelle differenti fasi del ciclo di vita, che riflette aspetti della personalità e differenze comportamentali riconducibili all'esperienza affettiva e di attaccamento e al fondamentale processo di regolazione emotiva nella relazione caregiver-bambino.

Una prospettiva evoluzionistica che unisce e spiega il rapporto tra motivazione, emozione e comportamento nelle relazioni interpersonali è data dalla teoria dei Sistemi Motivazioni Interpersonali (SMI) (Liotti, 2001). I sistemi motivazionali rappresentano tendenze innate ad agire in vista di una meta specifica e capaci di regolare e organizzare il nostro comportamento e le nostre emozioni. Sebbene abbiano una base innata, i sistemi motivazionali sono influenzati dall'apprendimento, dalle circostanze ambientali e dalla cognizione (Liotti e Monticelli, 2008). I principali sistemi sociali che operano nell'uomo sono:

- Sistema di attaccamento: ha lo scopo di conseguire la vicinanza protettiva di una persona più capace di offrire protezione e conforto. Viene attivato da situazioni di pericolo, dolore fisico o emotivo e solitudine. Viene disattivato raggiunta la protezione o nell'impossibilità protratta di ricevere conforto. Genera paura, tristezza, rabbia o distacco quando non soddisfatto e conforto, gioia, fiducia e sicurezza quando soddisfatto.
- Sistema di accudimento: complementare al primo, ha lo scopo di offrire vicinanza e proteggere il soggetto più debole. E' attivato dalla percezione di fragilità o difficoltà e da richieste di aiuto; si disattiva con la percezione di segnali di sollievo e sicurezza dell'altro. Quando non soddisfatto nell'impossibilità ad offrire cura, può generare colpa, ansia e compassione, quando soddisfatto stimola stati affettivi quali tenerezza, gioia e amore genitoriale.
- Sistema sessuale: ha lo scopo di raggiungere il piacere sessuale e il mantenimento del legame. È attivato dalle oscillazioni ormonali, stimolazioni sensoriali e segnali comportamentali dell'altro; è disattivato dal raggiungimento dell'orgasmo o dall'attivazione di sistemi motivazionali incompatibili. Se ostacolato può generare vissuti di gelosia, pudore, paura del rifiuto, quando soddisfatto di desiderio, piacere e amore erotici.
- Sistema di rango: ha lo scopo di definire il rango di dominanza e sottomissione e proteggere le proprie risorse. Viene attivato da segnali di sfida o percezione di risorse limitate e

disattivato da segnali di resa o attivazione di altro sistema motivazionale. Se insoddisfatto può generare vissuti di paura, vergogna, umiliazione o tristezza, quando soddisfatto collera da sfida, trionfo e orgoglio.

- Sistema cooperativo: ha lo scopo di raggiungere un obiettivo comune. È attivato da segnali di non minaccia, come il sorriso, e la percezione di un obiettivo comune; viene disattivato dalla gioia e rilassatezza per il raggiungimento della meta. Se non soddisfatto può generare colpa, isolamento, sfiducia e risentimento, quando soddisfatto empatia, lealtà reciproca, fiducia e amore amicale. Simili a questo sistema ci sono anche il sistema del gioco sociale e affiliazione al gruppo.

Per Attili (2018) il legame affettivo e sentimentale tra adulti implica differenti sistemi motivazionali contemporanei: quello di attaccamento in primis, ma anche quello di accudimento e di accoppiamento sessuale.

La connessione diretta tra relazioni sentimentali, tipiche del mondo adulto, e stile di attaccamento sperimentato durante l'infanzia, era già stata ipotizzata da Bowlby nel 1989 e confermata dagli studi della Ainsworth (1978) che dimostrarono come le relazioni di coppia fossero orientate dalla *"ricerca della sensazione provata nell'esperienza di conforto e sicurezza della prima infanzia"*.

Oggi molte ricerche confermano la funzione dei modelli operativi interni<sup>1</sup> e l'impatto esercitato sulla scelta del partner per spiegare i differenti *"stili sentimentali"* in funzione della sicurezza o insicurezza dell'attaccamento sperimentato nella relazione con il caregiver; a partire dalla tipologia di frequentazioni fino al legame di coppia, in funzione della *"...conferma dello stile di attaccamento sperimentato durante l'infanzia e delle opinioni che si hanno su se stessi e sugli altri..."* (Attili, 2018).

Appare oggi chiaro come la qualità dei legami affettivi sperimentati nell'infanzia abbia un forte impatto sulla formazione della personalità e che relazioni funzionali e legami sicuri nell'età adulta dipendono *dall'essersi sentiti degni di essere amati* e dall'aver sperimentato *il senso di fiducia e la possibilità di essere aiutati dagli altri nell'infanzia* (Attili, 2004, 2018). In tal senso molti studi confermano che l'aver sperimentato una relazione protettiva e un attaccamento sicuro con il proprio caregiver produce una maggior capacità di percepire il partner come una base sicura, una volta diventati adulti, una sorta di *"porto di attracco emotivo ed affettivo"* dal quale potersi serenamente allontanare per esplorare il mondo e le relazioni e al quale ritornare certi di essere accolti, nello scorrere della quotidianità come nelle situazioni di potenziale pericolo che attivano il sistema di attaccamento. Con il partner in età adulta si rivive lo stesso sentimento di sicurezza e fiducia sperimentati nell'infanzia e una relazione capace di essere *"base sicura"*, di far percepire un senso di accudimento e protezione.

Allo stesso modo, quando la relazione con la figura di attaccamento non ha fornito la sicurezza necessaria, ha prodotto ansia e insicurezza, solitudine se non maltrattamento, il livello di

<sup>1</sup>Bowlby (1989) li definisce come simulazioni sufficientemente buone (aspettative) di sé e del caregiver in interazione che da adulto si traducono in schemi di interazione abituali, generalizzati e inconsapevoli anche in relazione a persone che lo trattano in modo diverso da come facevo i propri caregiver quando era un bambino o una bambina.

attaccamento insicuro sembra essere sperimentato anche nell'età adulta in una vasta gamma di emozioni vissute con il partner, che è scelto in funzione dell'attaccamento sperimentato e non viene percepito come una base sicura e protettiva.

Gli studi sull'affettività, sulle emozioni, sulla capacità di regolare gli stati affettivi nella relazione di attaccamento e con l'altro, mettono in luce dispositivi fisiologici e cognitivi attraverso i quali sistemi interagiscono, fornendo informazioni preziose per la comprensione del funzionamento della personalità, sia nello sviluppo tipico che nelle forme patologiche. Due autori in particolare, Hazan e Shaver (1987) descrivono *l'amore* come risultante di tre sistemi comportamentali: *l'attaccamento, l'accudimento e la sessualità*.

La teoria dell'attaccamento pone attenzione all'ambiente e, in particolare, alla relazione caregiver-bambino e può essere considerata un paradigma scientifico perché caratterizzata da una visione globale sullo sviluppo del bambino e sulla psicopatologia (Attili, 2001). Basandosi sull'osservazione del legame madre-bambino Bowlby nel 1969 formula la teoria dell'attaccamento, mettendo in luce un sistema comportamentale predisposto biologicamente, il cui obiettivo primario è mantenere o ricercare la vicinanza e il contatto di una determinata persona che si prende cura del bambino. Attraverso i primi scambi con le figure di attaccamento significative il bambino costruisce modelli operativi interni sempre più complessi, sia delle figure affettive, sia di se stesso, che "...gli consentiranno di interpretare il mondo e guideranno il suo comportamento in situazioni nuove..." (Bowlby, 1969, 1973, 1980). È Mary Answorth nel 1978 a mettere in luce come l'accudimento materno dia un chiaro contributo alla sicurezza dell'attaccamento, introducendo i concetti di sensibilità materna e responsività, come capacità di cogliere, interpretare in modo adeguato e rispondere prontamente ai bisogni e alle manifestazioni di disagio del bambino. Dagli studi di Ferenczi (1927, 1929, 1931, 1932, 1949) si evince il forte impatto che l'ambiente esercita sui processi che determinano la nascita psicologica della persona, tramite la continua stimolazione che il caregiver offre alla mente del bambino, coerentemente con i suoi bisogni e la fase del suo sviluppo.

Main, Goldwin e i cosiddetti "*baby watchers*" (Beebe, Lachman, & Jaffe, 1997; Stern, 1985; Steele, 2003; Tronick & Gianino, 1986), hanno documentato una sostanziale continuità del percorso evolutivo, dalla valutazione della Strange Situation nel primo anno di vita, alle variabili di sviluppo cognitivo e sociale in età scolare, nell'adolescenza e in età adulta e tra comportamenti e atteggiamenti materni e sviluppo del bambino.

Appare quindi chiara la correlazione in base alla quale caregiver sensibili e responsive verso i figli, capaci di cura e affetto, che costituiscono una *base sicura* e un punto di riferimento, potranno crescere figli ben adattati, socialmente capaci di dare valutazioni adeguate di sé e degli altri e di costruire relazioni soddisfacenti dal punto di vista affettivo ed emotivo.

Questo campo di indagine è evoluto in modo determinante negli ultimi venticinque anni grazie anche agli arricchimenti delle neuroscienze e alle tecniche di visualizzazione cerebrale e ha prodotto scoperte e teorie sulle funzioni di rispecchiamento (Gergely & Qatson, 1996), sul contenimento e sulla regolazione emotiva (Tronick & Weinberg, 1997). È oggi universalmente riconosciuto come la comprensione delle funzioni precocemente attivate nel bambino dalla relazione con il caregiver sia indispensabile per la costruzione di legami affettivi e risposte

comunicative, cognitive ed emotive, che contribuiscono alla definizione dello sviluppo psicologico, fondando le basi per il benessere (Laicardi, 1998; Di Blasio, 2000).

Gli studi sulla diade madre-bambino e sulla regolazione reciproca (Beebe, Lachman, & Jaffe, 1997; Tronick, 2007; Tronick & Gianino, 1986) svelano l'esistenza di un obiettivo intersoggettivo comune e legato alla relazione tra i due, una sorta di riconoscimento reciproco di ciò che è nella testa e nel cuore dell'altro; rappresentano una scoperta importante sul piano dell'affettività e delle relazioni.

Per quanto riguarda la **sessualità**, molti studi indagano la relazione tra accudimento e sessualità, considerando l'esistenza di un sistema comportamentale innato in grado di influenzare le differenze individuali nelle motivazioni, cognizioni ed emozioni sessuali; in tal senso la sessualità diviene un potente mezzo per soddisfare le necessità di attaccamento, prossimità, protezione degli adulti e in funzione della stabilità e della longevità del rapporto (Davis et al. 2004). I comportamenti sessuali sarebbero connessi ad un obiettivo di accudimento, legato alle esigenze di attaccamento e diretto a confortare, aiutare, nutrire e alleviare lo stress del partner in periodi specifici (Davis et al., 2004; Van Anders, Edelman, Wade, Samples-Steele, 2013).

Il bisogno di sicurezza, alla base dello sviluppo del legame di attaccamento, ma che pervade tutte le fasi del ciclo di vita, si differenzia nel momento in cui il legame diventa sessualità o legame sessuale in età adulta e motiva in modo differente la stessa ricerca di vicinanza (Berscheid, 1988; Diamond, 2004; Hazan & Zeifman, 1994).

In un'ottica evoluzionistica il sistema sessuale è orientato alla trasmissione genetica e alla sopravvivenza della specie; la sessualità con il partner viene vista come una funzione relazionale orientata alla procreazione.

L'obiettivo della sopravvivenza della specie sarebbe quindi l'elemento che orienta il formarsi dei legami di attaccamento, intimità, impegno e amore, non solo per l'uomo e la donna, ma anche in molti altri mammiferi: l'attrazione fisica iniziale risulta in questo senso fondamentale per la formazione di legami stabili di accudimento e protezione; di impegno del partner funzionale all'allevamento di una prole che nasce come "incompiuta" (Birnbaum, 2010; Davis et al. 2004; Feeney & Noller, 2004). Studi in campo etologico (Pirrone, 2020) testimoniano di come in moltissime specie di mammiferi le avversità ambientali e la necessità di proteggere e accudire una prole non in grado alla nascita di muoversi in autonomia abbiano determinato lo sviluppo di comportamenti finalizzati a tenere uniti i partner sessuali per il tempo necessario a prendersi cura dei piccoli.

Anche per gli umani gli studi evoluzionistici fanno discendere la promozione dell'intimità, del contatto affettivo caratteristici del legame di attaccamento, dai comportamenti finalizzati alla protezione della prole e dall'accudimento (Birnbaum & Reis, 2006; Eastwick, 2009; Fisher, 1998; Hazan & Zeifman, 1994).

Ma le abitudini sessuali degli umani sono connesse a comportamenti di accudimento e amore molto differenti rispetto ad altri mammiferi e orientati al mantenimento di un contatto affettivo e di accudimento che incrementa la probabilità di sperimentare intimità protratta nel tempo e di rinforzare la connessione emotiva tra i partner sessuali (Birnbaum, 2014; Hazan & Zeifman, 1994).



Se il sistema sessuale è in grado, dal punto di vista evuzionistico, di guidare le persone verso il desiderio del partner in quanto membro della propria specie e necessario per le cure e la protezione della prole, dal punto di vista della relazione romantica la scelta del partner appare specifica e strutturata sul bisogno di formare una coppia per fondare una relazione stabile. Si aprono due sguardi sul tema della sessualità, che si traducono in ricerche sulle relazioni sessuali che avvengono in assenza di un legame affettivo – nel primo caso – o su quelle che si avvalgono di dispositivi psicologici ed emotivi – come il desiderio di intimità emotiva o la disponibilità al sacrificio - che poco avrebbero a che fare con il sesso e molto con il legame di attaccamento (Fisher, 2005).

Inoltre, nonostante attaccamento, accudimento e sessualità siano correlati l'uno all'altro, dal punto di vista neuroscientifico risultano afferire a sistemi motivazionali differenti, separati ed emersi in tempi diversi dell'evoluzione umana (Fisher, Aron, Mashek, Li, Brown, 2002; Diamond, 2013). Gli studi di neuroimaging indicano che le aree del cervello che si attivano durante l'esperienza del desiderio sessuale sono le stesse che si attivano anche durante le esperienze dell'amore romantico (Diamond & Dickenson, 2012), suggerendo l'idea di un percorso neurobiologico che dal desiderio sessuale impatta sull'esperienza dell'amore e dell'attaccamento e di un'interazione sessuale che attiva meccanismi mediati dagli ormoni, che implicano i processi di attaccamento sia negli esseri umani che in altre specie di mammiferi.

Questa vasta mole di studi multidisciplinari potrebbe spiegare il fatto per cui le persone associano normalmente il sesso con la promozione delle relazioni e, di fatto, prove di questa associazione causale tra attivazione del sistema sessuale e attaccamento, sono fornite dall'estensione del campo di ricerca.

### **Disabilità e qualità della vita**

Lo studio della disabilità adulta dal punto di vista della Qualità della Vita si è concentrato negli ultimi anni sull'obiettivo di identificare le possibili traiettorie per il lavoro di supporto e di miglioramento delle condizioni di vita di persone con disabilità.

In tale senso va il contributo di Schalock e Verdugo, (2002; Schalock et. al. 2006) che mostra come i domini maggiormente considerati per lo studio della sessualità di persone con disabilità, siano quelli dell'inclusione sociale, del benessere fisico, delle relazioni interpersonali e dell'autodeterminazione.

Questa prospettiva tratta il tema della disabilità nelle differenti fasi evolutive e mette in luce come la disabilità motoria che colpisce la persona nel periodo dell'adolescenza, contribuisca ad incrinare l'identità sessuale acquisita, la percezione della propria capacità attrattiva e del proprio aspetto estetico (Goldman, Hain e Liben, 2012).

Quando la disabilità sopraggiunge invece dopo la formazione di una relazione di coppia si verifica più diffusamente una ristrutturazione delle dinamiche tra i partner; mentre nei casi di relazioni stabili e di lungo tempo, le conseguenze sono ancora differenti.

Le ricerche che trattano della correlazione tra la disabilità e le relazioni di coppia, quella sui traumi della coppia, anche se non costituiscono un vasto repertorio, indicano che un'importante parte delle relazioni si dissolvono nel primo anno dopo la disabilità (DeVivo e Richards, 1996;

Moin, Duvdevany e Mazor, 2009) con una percentuale di divorzi che arriva al 40%; ad esempio una ricerca del 2010 condotta su 131 adulti con esiti di TCE (trauma cranico encefalico) indica che il 49% dei soggetti si sono separati nei 5-8 anni successivi (Esmail et al., 2010). Le relazioni intime e di coppia risulterebbero in tal senso gravemente danneggiate dalla disabilità, differentemente dall'impegno dei genitori che mantengono inalterate disponibilità e affetto dopo il trauma (Liddiard, 2017). Tra le motivazioni del fallimento dei rapporti di coppia indagati dalle ricerche sul tema ci sono il passaggio da una relazione paritaria ad una di dipendenza, i cambiamenti che riducono la soddisfazione coniugale e sessuale, la sensazione di essere legati ad un estraneo a causa dei cambiamenti di personalità e dei comportamenti del partner con disabilità, la riduzione della comunicazione e il peggioramento nell'espressione e nel riconoscimento dei sentimenti e delle emozioni condivisi.

Studi recenti mostrano come la sessualità nella coppia con un partner con disabilità non sia diversa, ma che diverso sia il modo di realizzarla per i limiti funzionali del corpo e per i conseguenti vissuti di vergogna e paura ad esso associati (Batini, 2011); così come gli ostacoli alla possibilità di vivere serenamente la maternità o la paternità sia dovuta al prevalere dei pregiudizi nella cultura dominante, fatti salvi gli aspetti di tutela legati al possibile reale pregiudizio per il minore (Earle, Komaromy e Layne, 2012).

## **Sessualità e disabilità**

La letteratura scientifica sul tema dell'affettività e della sessualità legate alla disabilità è ancora oggi scarsa; nel nostro Paese solo negli ultimi anni alcuni studi offrono una prospettiva di analisi con orientamenti di ricerca focalizzati sull'esplorazione della vita affettiva e sessuale di chi vive una disabilità (Rovatti, 2016). La presenza di pregiudizi permane e il termine disabilità è utilizzato per definire uno spettro ampio che va dalle malattie congenite ai traumi cerebrali, al disagio psichiatrico.

La sessualità nella disabilità si configura come un tema molto complesso: alcuni studi evidenziano come adolescenti con disabilità intellettiva (ID) percepiscano e mostrino gli stessi problemi degli adolescenti normodotati e come i comportamenti sessuali socialmente inappropriati, quando presenti, non siano dovuti tanto alla disabilità, ma alla mancanza di un'educazione sessuale che sfocia nell'impossibilità per i giovani con disabilità di accedere alle informazioni, di poter avere una formazione relativamente alla propria salute, alla sicurezza e alla contraccezione (Pinheiro, 2004; Wilson et al., 2011; Bernert & Ogletree, 2013).

Anche le persone con disabilità fisica vivono una realtà complessa che li pone a rischio: non essendo percepite come persone autonome, attive e con bisogni sessuali e desideri di una vita affettiva, emotiva e sessuale soddisfacente (Sakellariou, Zhao, 2004; Kattari e Turner, 2017), rischiano di incorrere in depressione. Studi recenti mostrano infatti come il benessere, la soddisfazione sessuale, l'immagine corporea siano correlati in modo significativo a livelli di autostima (Teleporos, McCabe, 2003).

È ormai riconosciuta l'importanza delle componenti corporea, affettiva e relazionale e condivisa l'idea che l'interazione tra di esse consenta alla persona di raggiungere un'integrazione affettiva e sessuale ed un senso di Sé pieno, rendendola capace di sperimentare una varietà di esperienze

di intimità con l'altro e di esprimere i significati più intimi connessi (Salvarezza, 2013). Ma chi vive una condizione di disabilità non viene considerato nel suo bisogno di un'identità corporea e sessuale, ma come *"...un asexuato che non essendo forte, sano e bello, ha solo delle fragilità..<sup>2</sup>"*; studi in tale direzione fanno luce su come le persone con disabilità siano oggi considerate prive del bisogno di un'identità corporea e sessuale (Sorrentino, 2006), come se il deficit della disabilità potesse negare la complessità dei vissuti corporei e dei bisogni, anche sessuali (De Than, 2014; Liddiard, 2017).

Inoltre, pregiudizi e stereotipi creano categorizzazioni definendo coloro che hanno differenti aree di disabilità (i ciechi, i sordi...), nonostante sia oggi possibile rilevare tipologie eterogenee: visibili o invisibili, temporanee o permanenti, episodiche o degenerative (Park et al. 2007; Stone e Colella, 1996). Alcuni recenti studi hanno approfondito la Disabilità intellettiva/Intellectual Disability (ID), mettendo in luce come le persone con questo tipo di disabilità siano più spesso vittime di pregiudizi e mostrino comportamenti di ritiro relazionale più frequenti rispetto alle persone con disabilità fisiche (McCabe, Cummins e Deeks, 2000; Werner, 2015): *"...la loro sessualità è vittima di reazioni diverse in una società con bassa tolleranza alle differenze e circondata da controversie, miti, credenze e pregiudizi..."* (Fernandes F., Lima M., 2008).

Pregiudizi, distanziamento, scarsa tolleranza, paura e stigmatizzazioni sono ancora molto presenti nella cultura delle società europee e costituiscono componenti fondamentali perché le persone con disabilità non siano spinte a raggiungere un'autonomia e lo sviluppo delle funzioni affettive, sociali e sessuali; appaiono come "schiacciate" in una situazione di dipendenza, considerate "asessuate", private sin da bambini della possibilità di crescere nella consapevolezza della propria corporeità, affettività e sessualità e della possibilità di avviare una relazione stabile, fare sesso, sposarsi e poter avere dei figli (Bernstein, 1990; Amaral, 1994; Gherpelli, 1995).

Le persone con disabilità sono nella realtà una popolazione molto eterogenea e la loro vita sessuale può essere influenzata in modo differente rispetto alla specifica disabilità: molte persone vivono una vita sessuale soddisfacente e la disabilità non è sentita come un problema perché hanno relazioni affettive e sessuali. Recentemente, inoltre, le opportunità di interazione e contatto sono aumentate grazie alla possibilità di utilizzare media e social. Per contro, molte altre persone sperimentano disabilità che impattano violentemente sul piano della propria integrazione corporea, affettiva e sessuale ed è molto complesso in questo caso esprimere e soddisfare bisogni affettivi, di intimità e sessuali, anche per l'assenza totale di un'educazione sessuale e della possibilità di parlarne (Ramos, 2005).

Infine, la famiglia, primo gruppo e contesto relazionale che la persona conosce, nel quale fa emergere e con il quale affronta il problema della sessualità, si colloca ancora oggi in una posizione di frontiera tra salute e malattia, aspetti normativi e devianti (Valtolina, 2000), continuando a considerare con molta difficoltà il desiderio di affettività e sessualità dei membri con disabilità fisica o mentale (Di Nuovo & Buono, 2004).

I caregiver e le società in generale sembrano consapevoli del diritto dell'individuo con disabilità di vivere una vita soddisfacente e molti studi mostrano che le relazioni sono aspetti importanti

<sup>2</sup> Sorrentino, 2016, pag. 125

<sup>3</sup> World Health Organization.: Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series, Núm 572, p. 114 (1975)

per le persone con disabilità di differente origine.

Gli operatori sanitari assumono un atteggiamento tollerante e di aiuto quando i diritti vengono enunciati come principi generali. Tuttavia, nelle pratiche operative, tutto appare più complesso nel momento in cui la persona con disabilità esprime bisogni specifici e oggettivi e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce che *“gli atteggiamenti degli operatori sanitari possono essere un grave ostacolo al loro ruolo di educatori e consulenti sul tema della sessualità”*.

## PERCEZIONE DELLA SESSUALITÀ FRA TABÙ E PREGIUDIZI

*“Fino all’età di ventisette anni ho vissuto non accettando la mia omosessualità. Ho cercato, quindi di indirizzare il mio interesse verso il sesso opposto. Le mie relazioni erano per lo più platoniche. Sia per via della mia disabilità che per l’omosessualità. Il sesso era qualcosa che vivevo nella solitudine di camera mia. Vicino ai trenta ho iniziato ad avere la sensazione di stare perdendo molto tempo. Ho voluto vedere se effettivamente potevo vivere seguendo ciò che sentivo. Ho avuto modo di sperimentare che non sono la mia disabilità, che posso essere attraente e che gli altri spesso vedono ciò che noi vogliamo fare vedere. Se noi “sentiamo” l’handicap anche gli altri concentreranno su quello.”*

[F.C., Persona con Disabilità]

*“Ci sforziamo di venire incontro alle persone con disabilità per ogni loro bisogno che non possa essere svolto in completa autonomia: le aiutiamo a vestirsi, spogliarsi, mangiare, lavarsi. Diamo loro carrozzine elettriche per muoversi, macchine con comandi speciali, computer dotati delle più moderne tecnologie, dotiamo le loro case di soluzioni domotiche che consentano una vita indipendente. Eppure, di tutti questi diritti – di cui nessuno metterebbe in dubbio la legittimità – ce n’è uno che viene sistematicamente taciuto, omesso, rimosso: quello alla sessualità. Toccarsi ed essere toccati, necessità naturali per chiunque, diventano questioni scabrose, disturbanti, scomode se riferite alle persone con disabilità”.*

[Ulivieri, 2014]

Se le persone hanno il diritto di poter vivere la propria sessualità, e questo diritto è promulgato, promosso e condiviso dai diversi stakeholders che si occupano del tema allora è fondamentale ricordarsi e garantire che il diritto valga anche per le persone con disabilità.

L’importanza di rispettare questo diritto è fondamentale dato che la sessualità impatta direttamente sugli aspetti identitari esattamente come ricordato dalla DICHIARAZIONE DEI DIRITTI SESSUALI redatta dalla World Association of Sexology nel 1999: *“La sessualità è parte integrante della personalità di ogni essere umano. Il suo pieno sviluppo dipende dalle soddisfazioni dei bisogni umani basilari come il desiderio di contatto, intimità, espressione emozionale, piacere, tenerezza e amore. Il pieno sviluppo della sessualità è essenziale per il benessere individuale, interpersonale e sociale”.*

Poter sperimentare la sessualità è pertanto un tema di salute psichica e di qualità di vita, aspetti che sono coerenti con l’agire dello psicologo.

Inoltre è utile ricordare che la medesima dichiarazione scrive: *“I diritti sessuali sono diritti umani universali basati sulla libertà, sulla dignità e sull’uguaglianza propri di ogni essere umano. Visto che la salute è un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere un diritto umano basilare. Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società i diritti sessuali seguenti debbono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi da tutte le*

società con ogni mezzo. La salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali" (ibidem).

Come si inserisce il riconoscimento del diritto con le diverse tipologie di disabilità? Se in estrema sintesi possiamo parlare di disabilità fisica, cognitiva, psichiatrica e sensoriale le diverse tipologie di disabilità come impattano sul tema?

La più importante distinzione è sicuramente fra disabilità sensoriale e fisica versus quella cognitiva: se nel primo caso i limiti sono connessi a come "fare" concretamente l'atto sessuale (si pensi ad esempio alle persone tetraplegiche), la disabilità cognitiva introduce un aspetto differente connesso alla consapevolezza di quanto si sta facendo modulato ovviamente sui livelli di gravità o complessità della problematica cognitiva. La persona con disabilità cognitiva non ha ostacoli fisici all'atto sessuale ma c'è un tema connesso alla responsabilità e comprensione di quanto si sta facendo o si vorrebbe fare.

Questa dovuta distinzione nulla toglie al fatto che la persona con disabilità cognitiva abbia il diritto di coltivare il proprio benessere sessuale: chiaramente cambia l'operato e le riflessioni che deve fare lo psicologo che abbia in terapia la persona con disabilità e la sua famiglia.

Si ricorda inoltre che la sessualità è somma di due aspetti strettamente interconnessi: la componente relazionale (che è connessa al desiderio di incontrare l'altro, finalizzata al congiungersi a quella metà mancante e che fa da preludio o forse conseguenza dell'amore) e la componente fisica (che include le dimensioni della corporeità quali la genitalità, l'erotismo, la ricerca del piacere). Incontrare l'altro, amarlo, sentirsi amati e sperimentare piacere nell'atto sessuale possono essere presenti INSIEME nella conversazione terapeutica sul tema o SOLO ALCUNI di questi aspetti possono risultare salienti e questo, come ovvio, vale anche per le persone con disabilità.

Nonostante il riconoscimento teorico del diritto, all'atto pratico la società pone ostacoli perché la sessualità possa essere vissuta e goduta da tutti. La prima obiezione "stereotipata" è profonda: la società civile ha "paura" dell'atto sessuale quando è coinvolta una persona con disabilità perché si pensa che non sia alineabile e controllabile al modello dominante. Così la persona con disabilità cognitiva viene considerata "infantile" e quindi inconsapevole di capire o comprendere la necessaria componente relazionale e persino "valoriale" dell'atto sessuale (come se questa componente fosse sempre obbligatoria o scontata). Si considera la persona con disabilità cognitiva anche a rischio di comportamenti abusanti o predatori, il che può essere vero, soprattutto se questa paura porta la società (e le famiglie) ad evitare di pensare tout court alla sessualità della persona con disabilità, ad evitare di fare e promuovere educazione sessuale (torneremo a parlarne presto). **Il rischio è che la società stigmatizzi la sessualità "per proteggere" trovando così una scusa alla lesione del diritto.** Ancora tabù, soprattutto per le famiglie d'origine, è la relazione sessuale fra persone aventi entrambe una disabilità cognitiva.

Un pregiudizio molto radicato e diffuso è quello che considera la persona con disabilità non in grado di poter interessare a prescindere, relegando le eventuali sperimentazioni sessuali al solo atto fisico, magari attraverso "massaggi" o sesso mercenario. Si tratta dello stigma che si attribuisce al diverso: non può essere "interessante", "nessuno lo può amare" ed è talmente forte

nella società e nella nostra cultura che a volte sono proprio le persone con disabilità a cui è stato insegnato a pensarlo.

*Caterina ha 36 anni ed è affetta da Atrofia Muscolare Spinale di tipo 2, una patologia neuromuscolare che la porta ad utilizzare una carrozzina a motore. Da circa tre mesi frequenta Franco, di anni 42. Franco insiste per passare insieme il week-end (notte compresa) ma Caterina è in crisi. Ecco un estratto della conversazione terapeutica:*

CATERINA: "E' il mio primo fidanzato ufficiale se capisce cosa intendo, e poi non saprei come dirlo alla mia famiglia"

PSI: "Intende che sarebbe la sua prima relazione affettiva con la possibilità che si arrivi all'atto sessuale completo?"

CATERINA: "Esatto. la mia famiglia non se lo aspetta"

PSI: "La sua famiglia non se lo sarebbe aspettato dice? E lei? Lei Caterina se lo sarebbe immaginata che avrebbe avuto un fidanzato ufficiale?"

CATERINA: "Non ci avrei mai creduto me lo avessero predetto. Ancora oggi non capisco che problemi abbia Franco, perché cioè voglia stare proprio con me".

"Che problemi abbia Franco" è una frase allarmante. Perché mai Franco dovrebbe avere dei problemi? Perché desidera frequentare una persona con l'Atrofia Muscolare Spinale? O perché desidera poterci fare sesso?

Le barriere culturali e sociali connesse al tema sono ancora molto presenti: se "non è pensabile" che la persona con disabilità abbia una (sana) vita sessuale (al di fuori delle persone con deficit cognitivi "predate" o di chi "non sa cosa sta facendo"), allora, a cascata, si producono una serie di comportamenti effetto che diventano causa del perdurare dello stereotipo. Così:

- la persona con disabilità fatica a socializzare le proprie esperienze emotive e sessuali;
- l'esplorazione del proprio corpo tramite l'autoerotismo è in ritardo o assente (per limiti motori);
- non è fornita un'educazione alla sessualità pubblica;
- permangono barriere fisiche, relazionali, emotive che non permettono di esprimere la sessualità e i bisogni sessuali.

A livello educativo può essere fatto molto per rompere questo circolo vizioso: da un lato andrebbe evitata "l'infantilizzazione" o l'idea che la persona con disabilità sia "incompetente" per definizione, facendo educazione sessuale e parlando con le famiglie del tema. Andrebbe sostenuta l'autonomia personale, andrebbe valorizzata la cura di sé e insegnata la gestione delle relazioni anche affettive.

Dall'altro, sempre in logica educativa, andrebbe contrastata la risposta sociale "positiva" o compiacente a comportamenti inadeguati per l'età, quali abbracciare gli estranei o baciarli, che invece spesso diventa l'unica modalità di vivere la relazione (anche, nel tempo, sessualizzata) verso l'altro.

*Gianni ha 15 anni, vive con i suoi genitori ed una sorella maggiore. Gianni è affetto da Distrofia Muscolare di Duchenne. Gioca a Hockey da quando ha 12 anni e si è infatuato di Anita, la sorella di un suo compagno di squadra. Ecco un estratto della conversazione terapeutica:*

GIANNI: "Non è solo la carrozzina, ma il mio aspetto, sono... diverso, non di viso, capisci, ma di corpo... sono storto... mettermi nudo mi farebbe sentire in imbarazzo... mi sento diverso. So di essere diverso. e poi non saprei... come fare..."

PSI: "Qualcuno ti ha insegnato come si mette un preservativo?"

GIANNI: [risata nervosa] "L'ho visto nei porno"

PSI: "L'educazione sessuale di tanti tuoi coetanei è purtroppo lasciata a quanto visto nella filmografia pornografica, lo sapevi?"

GIANNI: [risata più rilassata] "Siamo a posto!"

PSI: "Visto che parliamo di film e cose di questo tipo... cosane pensi dell'autoerotismo?"

GIANNI: "Io... non so se..."

PSI: "Se tu volessi potresti masturbarti?"

GIANNI: "Non credo, non lo so, non ho mai provato... che poi non è che non... [imbarazzo]"

PSI: "A volte dopo un'erezione succede tutto da solo e hai un orgasmo, giusto?"

GIANNI: "Crede che sia una cosa normale? O sono malato?"

Come si evince da questo estratto, proporre percorsi di educazione sessuale è fondamentale per aiutare i giovani a destreggiarsi nell'ambito superando imbarazzo e preoccupazioni profonde che minano certezze e il senso del sé.

La sessualità dall'altro canto è un comportamento appreso che va coltivato sin da quando la persona è piccola aiutando a prendere consapevolezza della propria identità e ruolo di genere fino all'orientamento sessuale e alla capacità di stare con gli altri in modo adattativo, funzionale o affettivo. La formazione verso l'identità sessuale è un compito comune che non si esaurisce nella fisicità (anche se spesso è sollecitato in prima istanza proprio da questa) e che passa dal corpo biologico alle norme e convenzioni sociali sino alla dimensione psicologica caratterizzata da atteggiamenti e fantasie.

La sensibilizzazione sociale è pertanto fondamentale: non si tratta solo di una fondamentale "parità dei diritti", ma è necessario sostenere le famiglie e i professionisti sull'evidenza che la sessualità è una normale tappa nella vita di ciascuno. L'opinione pubblica deve essere sensibilizzata all'inclusione e ancora una volta lo psicologo riveste un ruolo chiave in questa dinamica, individuo, famiglia e società.



Concludendo si pone l'attenzione del lettore sui seguenti aspetti:

- La persona con disabilità ha il diritto di coltivare il proprio benessere sessuale
- La persona con disabilità non è un "angelo" privo di corpo o desideri o al contrario un "demone" disinibito, ipersessuale, deviato e incontrollabile
- Parlare di sessualità e affettività nelle persone con disabilità è un tema culturale "di significati", ma anche sociale, medico e psicologico e proprio lo psicologo, tra i diversi stakeholders, può lottare affinché sia un tema affrontato e coltivato per favorire l'inclusione.

## IL DIRITTO A UNA VITA SESSUALE E AFFETTIVA

*“Penso che sicuramente poter vivere la propria sessualità sia fondamentale per la crescita e la soddisfazione personale. Il sesso in generale nel nostro paese e in alcuni ambienti è tutt’ora considerato un tabù. Le persone con disabilità, in un contesto chiuso in particolare, hanno maggiori difficoltà ad esprimere la propria sessualità perché hanno un corpo o una mente non corrispondente a ciò che è considerato desiderabile dai più. Aggiungo che per molti è difficile avere privacy perché necessitano di assistenza. Sono arrivato a ritenere necessaria, in alcuni casi, la figura dell’assistente sessuale per permettere di avere accesso al sesso e all’affettività veramente a tutti.”*

[F.C., Persona con Disabilità]

La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, è stata adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 ed è entrata in vigore il 3 maggio 2008. L’Italia l’ha ratificata il 15 maggio 2009, legge 18<sup>4</sup>.

Il documento si fonda sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani che garantisce uguali diritti a tutti gli esseri umani senza alcuna discriminazione. Il testo della convenzione è ritenuto<sup>5</sup> poco esplicito ed esauriente sul diritto alla vita sessuale delle persone con disabilità essendo il frutto di negoziazioni tra Stati con orientamenti molto diversi. La Convenzione contiene riferimenti al diritto a contrarre matrimonio, fondare una famiglia, alla vita sessuale/riproduttiva senza andare oltre, evitando qualunque riferimento a determinare le condizioni affinché le persone con disabilità possano avere esperienza della propria sessualità esercitando un diritto riconosciuto. Il testo della Convenzione è meno esplicito ed esauriente delle *Regole Standard per l’uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità*, adottate dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1993, con le quali il diritto alla sessualità, era stato inserito tra quelli che gli Stati sono sollecitati a promuovere<sup>6</sup>. Il documento è orientante per la formulazione di leggi nazionali adeguate ma non è giuridicamente vincolante.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la sessualità come: *“Modalità globale di essere della personalità nell’intreccio delle sue relazioni con gli altri e con il mondo. Inizia con la vita stessa della persona e si modella e si evolve lungo il corso di sviluppo della medesima.”*

Una società inclusiva che sancisca la libertà delle persone con disabilità di autodeterminarsi in tutti gli ambiti dell’esistenza, comprendendo il diritto a una vita sessuale e affettiva soddisfacente, è lontano da essere pienamente realizzato nel nostro Paese.

Nelle Osservazioni Conclusive<sup>7</sup> che il Comitato ONU ha formulato nel 2016 in risposta al report elaborato dal governo italiano sullo stato di applicazione della Convenzione sulla disabilità si legge:

### **Health (art. 25)**

4. Il Comitato è preoccupato per la mancanza di accessibilità fisica e delle informazioni relative ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, includendo la discriminazione e gli stereotipi, in particolare nei confronti delle donne e delle ragazze con disabilità.

5. Il Comitato raccomanda allo Stato parte di garantire l'accessibilità ai presidi e alle attrezzature, alle informazioni e alle comunicazioni relative ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e di prevedere la formazione del personale sanitario sui diritti delle persone con disabilità, in stretta collaborazione con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità, e in particolare delle donne con disabilità; inoltre raccomanda di rafforzare gli strumenti di lotta contro la discriminazione e gli stereotipi in conformità con il Commento generale n. 3<sup>8</sup>

L'assistenza sessuale garantita con provvedimenti legislativi dalle istituzioni ai vari livelli delle loro competenze - come avviene in molti paesi tra i quali Svizzera, Olanda, Paesi Scandinavi, Belgio, Germania - è un passaggio indispensabile per promuovere la possibilità concreta di avere una vita sessuale e affettiva per le persone con disabilità. Si tratta di promuovere il diritto all'integrità della persona senza discriminazioni, contrastando stereotipi e pregiudizi ancora fortemente radicati nella nostra società. E' importante creare le condizioni legislative, sociali e culturali che consentano a tutti di essere realmente liberi di scegliere la propria vita sessuale e affettiva al fine del raggiungimento del benessere psicofisico al massimo grado possibile, senza questi passaggi si scade nella demagogia.

Se si considerano i diritti umani come scenario di riferimento e guida per l'azione, è lo Stato, in primo luogo, che deve rimuovere gli ostacoli per una piena realizzazione degli stessi.

Nell'Aprile del 2014 è stato depositato un Disegno di Legge che tratta **"Disposizioni in materia di sessualità assistita per persone con disabilità"** che non ha ancora fatto passi in avanti collocando l'Italia tra i Paesi meno innovativi in Europa per quanto riguarda il diritto all'affettività e sessualità delle persone con disabilità. In attesa di una legge nazionale alcune istituzioni locali stanno promuovendo corsi di formazione per operatori all'emotività, alla sessualità e all'affettività.

### **Riflessioni sull'Assistenza all'Affettività e alla Sessualità**

Ad oggi nel nostro Paese molte barriere e vuoti culturali relativi alla sessualità e ai suoi aspetti sono stati superati, ma come testimoniano le cronache ancora molto è da fare e si sta facendo. La sensibilità pubblica e la politica ormai sempre più pongono attenzione alla varietà e alla diversità degli orientamenti sessuali e alla vita e ai diritti delle persone LGBTQIA+<sup>9</sup>, e con essa impariamo sempre più a conoscere e ad accogliere la sessualità nelle sue diverse forme ed espressioni, sempre più convinti nel diritto alla libertà di espressione di sé, soprattutto nelle sue forme di amore e sessualità.

Possiamo però dire la stessa cosa per la sessualità nelle persone con disabilità e per tutte le forme di disabilità?

A che punto siamo rispetto al riconoscimento di questo tipo di diversità nel vivere affetti e sessualità per queste persone?

I diritti relativi alla sessualità per le persone con disabilità furono già sanciti in Italia nel 1985 e nel 1987 dalla Corte Costituzionale (sentenze n° 161 del 05/02/85 e n° 561 del 28/10/87), a livello internazionale nel 1993 dall'Assemblea Generale dell'ONU, con la Dichiarazione sull'Eliminazione

della Violenza contro le Donne<sup>10</sup>, nel 2006 ulteriormente, con la Dichiarazione dei Diritti Sessuali della World Health Organization<sup>11</sup> (WHO), e come abbiamo visto, anche se in maniera meno esplicita, nel 2008 nella Convenzione dei Diritti delle Persone con Disabilità (RPCD).

Nel nostro Paese a livello legislativo quindi la cornice non manca, ma nei fatti qual è lo stato di effettiva attuazione e realizzazione? E quale quello di conoscenza e consapevolezza?

Per facilitare la riflessione, come abbiamo visto, ricordiamo che la disabilità si può suddividere in quattro macrocategorie: 1. Fisiche; 2. Sensoriali; 3. Intellettive; 4. Mentali/Psicologiche; di diverso ordine e grado ovvero di diversa patologia e gravità.

Relativamente alle differenze rispetto alle difficoltà in ambito Affettivo-Sessuale si possono quindi riorganizzare secondo tre problematiche:

A. la "Difficoltà/Impossibilità nel Fare" per le compromissioni a livello fisico, nelle quali una persona non può pienamente esprimersi a causa di un corpo che non risponde o che risponde in modo limitato o con carenze nel controllo

B. la "Difficoltà/Impossibilità nella Responsabilità del Fare" per le compromissioni a livello intellettuale, dove una persona con un corpo pienamente funzionante e guidato da una mente che può faticare a comprendere e gestire stimoli interni ed esterni

C. la combinazione di queste due nella stessa persona.

Ogni tipologia di Disabilità così suddivisa si troverà ad affrontare "Barriere alla vita Affettivo-Sessuale" specifiche per la sua condizione (per tipologia e gravità), oltre che naturalmente soggettive e uniche, in base alla sua storia e alle sue esperienze.

Per esempio, nell'ambito della "Difficoltà/Impossibilità del Fare", che differenza ci sarà nell'entrare in relazione con un/una possibile partner per una persona con una disabilità motoria acquisita a 30 anni rispetto ad una compromissione fisica paragonabile, ma presente fin dalla nascita? Quante esperienze avrà potuto fare la prima persona e come avrà potuto costruire il proprio Sé rispetto alla seconda? A quante esperienze avrà dovuto rinunciare la seconda anche solo per limiti ambientali o barriere architettoniche (Barriere Esterne Fisiche)? Quante altre per le proprie "Barriere Interne", come paura e vergogna, nel porsi in relazione all'altro con un corpo ed un funzionamento diverso? E quante altre ancora per l'esclusione o i trattamenti differenti (Discriminazione e Abilismo) ricevuti per difficoltà e limiti emotivi (Barriere Esterne Emotive e Culturali) da compagni, amici, familiari e altre persone nel loro sistema relazionale?

E ancora, proviamo ad immaginare, come potrà mai essere il potersi scoprire come persona sessuata per chi fin dalla nascita dipende da un caregiver? E lo scoprire l'altro?

Come possiamo vedere si apre un mondo multidimensionalmente impervio, ed è importante ricordare che la discriminazione e l'abilismo si trovano ovunque tutte queste differenze non sono

considerate, limitandone di fatto la possibilità di vivere con pieno beneficio i diritti umani (già) sanciti per la persona.

Per le persone con compromissione intellettiva, invece, poste sul versante della "Difficoltà/Impossibilità della Responsabilità del Fare", la situazione si muove su terreni ancora più delicati, il vuoto di conoscenza è alternato a preconcetti e a pregiudizi, che li dipingono come "esseri angelici, asessuati", senza desideri, senza sessualità, oppure come "mostri da non risvegliare e da tenere a bada", completamente incapaci di controllarsi al presentarsi di un qualsiasi impulso e desiderio di natura sessuale o ad uno stimolo riconducibile ad essa. In entrambi i casi, comunque, annullando a priori la possibilità di riconoscere in loro una competenza emotivo-relazionale-sessuale, naturale ed educabile (e ovviamente senza riconoscere influenze ambientali-educative su eventuali su comportamenti di questo tipo).

Una condizione psicologico-culturale quindi che pone importanti Barriere al pieno raggiungimento del benessere della persona con disabilità intellettiva ed ulteriormente aggravata se compresente una disabilità motoria.

Nell'ambito della Disabilità Intellettiva (con o senza compromissione motoria) la dimensione della sessualità tende ad essere considerata così solo al presentarsi di "Comportamenti Problema", che possono provocare disturbo, stigma e danni, e non sempre la strada del comprenderne le motivazioni e i significati è quella perseguita, preferendovi quella del controllo e della soppressione.

Non è così improbabile infatti sentire di famiglie che si affidano alla prostituzione o al controllo farmacologico, ma anche che intervengono personalmente per lo scarico pulsionale della persona con disabilità o che negano o svalutano comportamenti oppure che ne attuano un controllo attraverso limitazioni, punizioni o l'evitamento stesso di tutte le situazioni considerate in tal senso rischiose (dal cambiare canale durante scene di sesso o amore fino ad evitare eventi sociali in cui è presente quella tale ragazzina o ragazzino che piace al proprio figlio o figlia).

Se ci fermiamo a guardare con attenzione è facile ritrovare in varia forma, combinazione e intensità queste modalità di fronteggiamento in tutte le famiglie, anche quelle con le migliori condizioni socio-economiche-culturali.

Voi che cosa fareste? Come fareste?

In assenza di un'educazione emotiva e sessuale pubblica, strutturata, organizzata e facilmente accessibile che sia di riferimento tale compito non può che ricadere, ancora e ulteriormente, sulla famiglia, spesso senza competenze adeguate rispetto al tema, e al prezzo di importanti difficoltà emotive sia per la persona con disabilità che per il familiare (date da significati personali, relazionali e culturali) che vanno altresì a ripercuotersi sulla gestione educativa e ad inficiare la relazione stessa con il figlio o figlia e con le altre persone a vario titolo coinvolte, incidendo negativamente sul benessere delle persone.

Quindi, quali soluzioni rispettose della persona e dei suoi diritti ci sono? O si possono trovare?

Certamente corsi di educazione affettiva e sessuale per genitori, figli con disabilità e persone di qualunque età con una disabilità o loro partner che possono avere difficoltà in tal senso possono essere utili se non fondamentali. Ma così, per quanto giusto e corretto, rimarrebbe tutto teorico... e per la parte pratica, di avvicinamento e confronto con l'altro, come si fa?

Del resto anche il miglior scrittore o poeta nel descrivere una carezza non potrà mai sostituire il momento e la sensazione del riceverla o darla.

E in questo contesto stiamo parlando di persone che magari non possono muoversi, uscire liberamente, e che con tutte le loro difficoltà devono confrontarsi con un mondo non sempre accessibile e una società tendenzialmente improntata alla performance, al successo, al bello e al prestante, quando loro stessi, quando consapevoli, si sentono rotti, sbagliati, de-formati e con la paura di creare disgusto. E ancora, come fare se quel bisogno e desiderio ancora non lo conoscono, non lo comprendono o non riescono ad interpretare le risposte comportamentali degli altri e nonostante tutti i loro sforzi non riescono a risolvere tale doloroso rompicapo?

### **L'Assistenza Affettivo-Sessuale**

Viste le premesse, ovvero l'analisi dei bisogni e i diritti umani inalienabili sanciti che a questi impongono una risposta adeguata, sembra difficile trovare una soluzione alternativa o migliore di una figura professionale, debitamente formata e regolamentata, come l'Assistente Affettivo-Sessuale. Una figura complessa, che si deve muovere consapevolmente con tempi, modalità e per percorsi specifici ritagliati per ciascuna persona e ciascun sistema familiare su misura e, non dimentichiamolo, avere la forza di fare e portare avanti questo tipo di accompagnamento alla persona in un contesto culturale ancora fortemente connotato da tabù e pregiudizi.

Pregiudizi e connotazioni che ritroviamo già nell'impropria e semplicistica abbreviazione "Assistenza Sessuale", dimentica della parte "Affettivo", e che sembra rimandare alla mera scarica pulsionale tramite l'atto, - o in tal senso spesso lasciata intendere - riducendo una figura di tale complessità a poco di più di una semplice prostituta o prostituto, o peggio, a qualcuno che per qualche deviazione "va con i disabili". Insomma, *Tertium non datur*, e in fondo, le paure, anche culturalmente subliminali, quando non elaborate possono rendere cieche, sorde, immobili e intellettualmente limitate anche le persone senza disabilità.

Ed è proprio in questo resistente substrato culturale che tale figura cerca, a fatica, di emergere. L'Assistenza Affettivo-Sessuale in Italia, infatti, nonostante la proposta del Disegno di Legge 1442 del 9 Aprile 2014<sup>12</sup>, non è attualmente riconosciuta ed inquadrata da un punto di vista politico, giuridico e, conseguentemente, lavorativo, lasciandola così di fatto non regolamentata.

Di rilievo e pionieristica risulta quindi la creazione e definizione dell'Operatore all'Emotività, all'Affettività e alla Sessualità (O.E.A.S.)<sup>13</sup>, nato dalla collaborazione del prof. Fabrizio Quattrini, psicologo, psicoterapeuta e sessuologo, con Maximiliano Ulivieri dell'Associazione LoveGiver<sup>14</sup>, un progetto attivo sul territorio e presentato nel loro libro LoveAbility (2014).

Il corso di formazione per l'O.E.A.S., è tenuto da psicologi, psicoterapeuti, sessuologi e medici, e prevede una selezione, motivazionale, personologica e psicofisica, 200 ore di formazione e 100 di tirocinio, un affiancamento da parte di un Tutor e una supervisione obbligatoria durante lo

svolgimento del corso e per un anno dalla sua conclusione.

All'ammissione i corsisti devono accettare e sottoscrivere il Codice Etico<sup>15</sup>, che regola la figura dell'O.E.A.S., ne definisce i principi fondamentali, la condotta, il rapporto con gli utenti e altre figure oltre alle modalità d'intervento, standardizzate nello svolgimento dall'apprendimento e dal rispetto del Protocollo d'Intervento.

La figura così formata potrà fornire assistenza a tutti i tipi di disabilità e tutti i tipi di orientamento sessuale, lavorando in equipe con uno psicoterapeuta, un sessuologo ed un medico.

Relativamente all'intervento dell'operatore possiamo leggere dalle pagine di LoveAbility (ibidem) riportate sui relativi siti web<sup>16</sup> che:

*"l'O.E.A.S. in base alla propria formazione, sensibilità e disponibilità può contribuire a far riscoprire tre dimensioni dell'educazione sessuale:*

*Ludica: scoprire il proprio corpo.*

*Relazionale: scoprire il corpo dell'altro.*

*Etica: scoprire il valore della corporeità.*

*ed al tempo stesso, aiutare il soggetto [con disabilità N.d.R.] a rendersi protagonista maggiormente responsabile delle proprie relazioni sia sentimentali che sessuali, favorendo una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé ed una più adeguata capacità di prendersi cura del proprio corpo e della propria persona."*

e ci spiega ancora che:

*"attraverso la sua professionalità [...], permette di aiutare le persone con disabilità fisicomotoria e/o psichico/cognitiva a vivere un'esperienza erotica, sensuale e/o sessuale. [...] in un continuum che va dal semplice massaggio o contatto fisico, al corpo a corpo, sperimentando il contatto e l'esperienza sensoriale, dando suggerimenti fondamentali sull'attività autoerotica, fino a stimolare e a fare sperimentare il piacere sessuale dell'esperienza orgasmica."*

ma che:

*"non concentrerà esclusivamente l'attenzione sul semplice processo "meccanico" sessuale. Promuoverà attentamente anche l'educazione sesso-affettiva."*

Il percorso di assistenza emotiva, affettiva e sessuale è quindi un percorso tailor made che in base all'utente e alle sue necessità non sempre implica un'esperienza sessuale ma include sempre una "scoperta del piacere [...] in una dimensione più ampia, in grado di far trovare una propria dimensione di soddisfazione e pace con se stessi"<sup>17</sup>.

È inoltre importante specificare, per chiarezza completezza, che l'esperienza orgasmica citata

e procurata dall'O.E.A.S. è limitata alla masturbazione, dopo un'attenta valutazione e quando ha un senso specifico per le necessità e il percorso educativo della persona con disabilità, e sempre affiancata dalla ricerca di modalità che permettano l'autonomia dell'atto per chi ha una compromissione motoria. Nel rispetto della legislazione vigente, e in assenza di regolamentazioni specifiche, non sono ammessi rapporti sessuali completi o orali che altrimenti comporterebbero il reato di prostituzione.

L'intervento dell'O.E.A.S. si divide in tre fasi, Accoglienza, Ascolto e Contatto, e può durare da un minimo di quattro ad un massimo di dodici incontri.

All'operatore non è consentito alcun coinvolgimento affettivo o interesse erotico-eccitatorio con l'utente, e qualora dovessero presentarsi hanno l'obbligo di segnalazione al tutor e di interrompere l'intervento e il rapporto con l'assistito.

Naturalmente l'innamoramento dell'utente verso l'operatore è possibile, nonostante le modalità d'intervento ed approccio e il numero di incontri limitati, ed è spunto di esplorazione ed elaborazione con uno psicoterapeuta.

Un percorso importante quindi, e che non trascuri il supporto ai genitori e alle famiglie e la loro formazione insieme a quella degli operatori coinvolti nella cura della persona con disabilità, al fine di creare una rete in grado di affrontare con lui argomenti e di seguirlo nel suo percorso con atteggiamenti e modalità adeguate.

Un percorso infine culturale, utile a ricordare a tutti che vivere una propria sessualità non si limita e non si può limitare al "fare sesso", che affettività e sessualità sono intrinsecamente unite e fanno parte a pieno titolo della dimensione relazionale, naturale e imprescindibile dell'essere umano, qualunque sia la sua unicità e diversità.

<sup>4</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2009-03-14&task=dettaglio&numgu=61&redaz=009G0027&tms tp=1237200828355>

<sup>5</sup> Art 23 sul diritto alla vita familiare e privata, art. 25 sul diritto alla salute.

<sup>6</sup> <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>

<sup>7</sup> <http://www.superando.it/files/2016/09/comitato-onu-osservazioni-conclusive-settembre-2016.pdf>

<sup>8</sup> General comment No. 3 (2016) on women and girls with disabilities <https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/it/documentazione-relativa-alla-onvensione-delle-nazioni-unite/>

<sup>9</sup> Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Intersessuali, Asessuali, + tutte le altre identità non rappresentate nell'acronimo

<sup>10</sup> <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/eliminationvaw.pdf>

<sup>11</sup> <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Dichiarazione-dei-Diritti-Sessuali.pdf>

<sup>12</sup> [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/769165/index.html?part=ddlpres\\_ddlpres1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/769165/index.html?part=ddlpres_ddlpres1)

<sup>13</sup> L'aspetto dell'Emotività e la sua gestione da parte degli operatori O.E.A.S. non psicologi è definita nel Protocollo d'Intervento, non ancora ufficialmente o ufficialmente divulgato.

<sup>14</sup> <https://www.lovegiver.it>

<sup>15</sup> <https://www.oeas.it/codice-etico/>

<sup>17</sup> <https://www.oeas.it/> e <https://www.lovegiver.it/il-progetto/>

<sup>18</sup> <https://www.thesocialpost.it/2020/06/01/sexo-disabilita-matrimonio-prima-vista-fabrizio-quattrini-love-giver-oeas-operatore-affettivita-emotivita-sessualita/>



## BIBLIOGRAFIA

«ACE The adverse childhood experience study», Am J Prev Med 14:245-258,1998 e 160:1453-1460,2006

Benedetti F., *“L’impatto delle esperienze infantili avverse sulla salute e sulla malattia”*, 2017

Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, 2007

De Clercq H. « *Il labirinto dei dettagli* », Erickson, 2006

Krauss M., Seltzer MM., Goodman SJ. *“Social support networks of adults with mental retardation who live at home”*, Am J Men Retyard 1992; 96: 432-44

Wolfe PS. *“The influence of personal values on issues of sexuality and disability”*, Sex Disabil. 1997, 15: 69-91

Alberoni F. – *“Sesso e amore”* – 2006 BUR

Bellotti A., Coppedè N., Facchinetti E. - *“Il fiore oscuro, sessualità e disabilità”*- 2005 Sensibili alle foglie

Bozuffi V. - *“Psicologia dell’integrazione sociale: la vita delle persone con disabilità in una società plurale”* – 2006 Franco Angeli

Canevaro, A. - *“Handicap e identità”* – 1986 Cappelli

Castelli G., Mariani V., - *“L’educazione sessuale delle persone disabili. Guida per genitori & operatori”*- 2005 Ares Edizioni

Di Nicola V., Todarello O. - *“ Alcune considerazioni in tema di affettività e sessualità nei disabili”*- 2002 Franco Angeli

Diserens C. A. e Vatrè F. - *“Assistance sexuelle et Handicaps”* – 2012 Cronique Social  
*“Il diritto alla sessualità e la disabilità, tra bisogni e desideri. Il punto di vista delle persone con disabilità, dei loro familiari e degli operatori”*, di Daria Dolfini (Edizioni Centro Studi Erickson).  
Dixon, H. - *“L’educazione sessuale dell’handicappato”* – 2003 Erickson

Rousseau J.J - *“Discorso sull’origine e i fondamenti della disuguaglianza fra gli uomini”* – 1755

- Ulivieri M. – “LoveAbility l’assistenza sessuale per le persone con disabilità” – 2014 Erickson
- Veglia F. – “Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza” – 2001 Franco Angeli
- Walter J. – “Sexualbegleitung und sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen” – 2014 Edition S
- Amaral, L. (1994). *Adolescência/deficiência: uma sexualidade adjetivada. Temas em Psicologia*, Vol. 2.
- Aguilera, R.J. (2000). *Disability and delight: staring at the devotee community. Sex. Disabil.* Vol. 18(4), pp. 255–261.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978): *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Attili, G. (2001). *Attaccamento e percezione sociale in età scolare*. In: G. Attili (a cura di) *Ansia da separazione e misura dell’attaccamento normale e patologico*. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsburn e Bowlby (pp.11-122), Edizioni Unicopli, Milano
- Attili, G. (2004). *Attaccamento e amore*. Il Mulino, Bologna.
- Attili, G. (2018). *Attaccamento e legami. La costruzione della sicurezza*, San Paolo ed., Milano.
- Bahner, J.(2015). *Sexual professionalism: for whom? the case of sexual facilitation in Swedish personal assistance services. Disabil. Soc.* Vol. 30(5), pp.788–801.
- Barash, D.P., & Lipton, J.E. (2002). *Gender Gap: The Biology of Male-Female differences*. Transaction Publishers, London.
- Basson, R. (2000). *The female sexual response: a different model. Journal Sex Marital Ther.* Vol. 26, pp. 51–65.
- Batini, F. (2011). *Comprendere la differenza. Verso una pedagogia dell’identità sessuale*. Armando Editore, Roma.
- Beaufils, F., Burlet, C., Dickel , A., Lacroix, X., Lebatard, C., Legras, C., Vild , J.L. et al.: *The emotional and sexual lives of people with disabilities. The issue of sexual assistance*. Paper presented at National Consultative Ethics Committee for Health and Life Sciences. Paris. Retrieved from:

[http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_118eng.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_118eng.pdf) (2007). Accessed 07 Aug 2015

Beebe, B., Lachman, F., & Jaffe, J. (1997). *Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations*, *Psychoanalytical Dialogues*, Vol. 7, pp. 113-182.

Bernert, D. J., & Ogletree, R. J. (2013). *Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex..* *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 57, pp. 240-249.

Bernstein, N. (1990). *A sexualidade em adolescentes deficientes mentais*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Birnbaum, K., Shasha, D. E., Wang, J. Y., Jung, J. W., Lambert, G. M., Galbraith, D. W., Benfey, P. N. (2003). *A Gene Expression Map of the Arabidopsis root*. *Science*, Vol. 302(5652).

Birnbaum, G. E. (2007). *Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women*. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 24 pp. 21-35.

Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). *When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality..* *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 91, pp. 929-943.

Bocci, F., Guerini, I., Isidori, M.V. (2019). *Sessualità e disabilità. Una esperienza di formazione-ricerca intorno alla figura e alla funzione dell'Assistente sessuale*. *Italian Journal of special education for inclusion*, *Esiti ricerca*, pp. 233-250.

Bocci, F., Corsi, F.M. (2019). *Disabilità e processi identitari nella vita di coppia*. In A. Mura, A.L. Zurru (eds.). *Identità, soggettività e disabilità. Processi di emancipazione individuale e sociale*. Franco Angeli, Milano.

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*. Vol. I: L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino (1972)

Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita*. Vol. 2: La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino (1975)

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: La perdita della madre. Boringhieri, Torino (1983)

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano.

Buss, D.M. (1979). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York Basic Books.

Castelão, T., Jurberg, P. (2003). *Sexualidade da pessoa com Síndrome de Down*. Revista de Saúde Pública, Vol. 37(1), pp. 32–39.

Casalini, B. (2013). *Disabilità, immaginazione e cittadinanza sessuale*. Etica & Politica / Ethics & Politics, Vol. XV(2), pp. 301-320.

Castelli, G., Cereda, P., Crotti, M.E., & Villa, A.(eds.) (2013). *Educare alla sessualità. Percorsi di educazione alla vita affettiva e sessuale per persone con disabilità intellettiva*. Franco Angeli, Milano.

Crooks, R., Baur, K. (2005). *Our Sexuality, 9th edn*. Thomson/Wadsworth Learning, Belmont.

De Than, C. (2014). *Sex, Disability and Human Rights: Current legal and practical problems*. In Owen T. & De Than C., *Supporting disabled people with their sexual lives. A clear guide for health and social care professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.

DeVivo, M.J. and Richards, J.S. (1996). *Marriage rates among persons with spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 41(4), pp. 321–329.

Diamond, A. (2013) *Executive functions*. *Annual review of psychology*, Vol. 2013(64), pp. 135–168.

Diamond, L. M., & Dickenson, J. A. (2012). *The neuroimaging of love and desire: Review and future directions*. *Clinical Neuropsychia*, Vol. 9, pp. 39-46.

Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna.

Di Nucci, E. (2011). *Sexual rights and disability*. *J. Med. Ethics*, Vol.37, pp. 158–161

Di Nuovo, S., & Buono, S. (2004). *Famiglie con figli disabili*. Troina: Città Aperta

Dupras, A. (2012). *Handicap et sexualité: quelles solutions à la misère sexuelle? Disability and sexuality: which solution to sexual misery?*. *Alter. Eur. J. Disabil. Res.*, Vol. 6, pp. 13–23.

Earle, S., Komaromy, C., & Layne, L. (eds.) (2012). *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. Farnham, Surrey, Ashgate.

Eastwick, P. (2009). *Beyond the Pleistocene: using phylogeny and constraint to inform the evolutionary psychology of human mating*, *Psychological Bulletin*, Vol. 135(5), pp. 794-821.

Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). *Attitudes and perceptions towards disability and sexuality*. *Disability Rehabilitation*, Vol. 32(14), pp. 1148-1155.

- Faccio, E., Casini, C., Cipolletta, S. (2014). *Forbidden games: the construction of sexuality and sexual pleasure by BDSM "players"*. *Cult. Health Sex.*, Vol. 16, pp. 752–764.
- Feeney J.A., Noller P., & Hanrahan M. (1994): *Assessing adult attachment*. In: M.B. Sperling, W.H. Berman (a cura di): *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. Guilford Press, New York, pp.128-152.
- Ferenczi, S. (1927). *The adaptation of the family to the child*. *British Journal of Medical Psychology* Vol. 8, pp. 1-13.
- Ferenczi, S. (1929). *Das unwillkommen Kind und sein Todestrieb*. *Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse*, Vol. 15, pp. 149-153.
- Ferenczi, S. (1931). *Child analysis in the analysis of adults*. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 12, pp. 468- 482.
- Ferenczi, S. (1932). *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Harvard University Press, 1988.
- Ferenczi, S. (1949). *Confusion of the tongues between the adults and the child (The Language of Tenderness and of Passion)*. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 30, pp. 225-230.
- Fisher, H., Aron, A., Brown, L., Mashek, M.A., & Li H. (2002). *Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment*, *Archive of sexual Behavior*, Vol. 31(5), pp. 413-419.
- Fisher, H., Aron, A., Brown, L. (2002). *Romantic Love: an fMRI Study of a neural Mechanism for mate choice*, *The Journal of comparative neurology*, Vol. 493, pp. 58-62.
- Fisher, H., Aron, A., Brown, L. (2005). *Romantic Love: an fMRI Study of a neural Mechanism for mate choice*, *The Journal of comparative neurology*, 493, pp. 58-62
- Fernandes, F., Lima, M. (2008). *A sexualidade na deficiência mental—relatório crítico, p. 3.*, *Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho*.
- Gammino G.R., Faccio E., & Cipolletta S. (2016). *Sexual assistance in Italy: an explorative study on the opinions of people with disabilities and Would-Be Assistants*. *Sexuality and Disability*, Vol. 34, pp. 157-170.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). *The social biofeedback theory of parental affect-mirroring. The development of self-awareness and self-control in infancy*. *International Journal of Psycho-analysis*, Vol. 77, pp. 1191-1212.

Gherpelli, M. (1995). *Diferente, mas não desigual: a sexualidade no deficiente mental*. Editora Gente, São Paulo.

Giami, A. (1987). *Coping with the sexuality of the disabled: a comparison of the physically disabled and the mentally retarded*. *Int. J. Rehabil. Res.* Vol. 10, pp. 41-48

Goldman, A., Hain, R. and Liben, S. (2012). *Adolescents and Young Adults*. The Oxford Textbook of Palliative Care for Children, Oxford: University Press.

Hazan & Shaver (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 52(3), pp. 511-524.

Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). *Sex and the psychological tether*. *Advances in Personal Relationships*, Vol. 5, pp. 151-177.

Kattari, S., Turner, G. (2017). *Examining more inclusive approaches to social work, physical disability and sexuality*. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, Vol 16(1), pp. 28-53.

Laicardi, C. (1998). *Genitori competenti – Scale di valutazione comportamentale (SVC) per genitori di bambini da due a sei mesi*. Il Pensiero scientifico editore, Roma.

Liddiard, K. (2017). *The Intimate Lives of Disabled People: Sex and Relationships*. Farnham, Ashgate Publishing Limited.

Limoncin, E., Galli, D., Ciocca, G., Gravina, G.L., Carosa, E., Mollaioli, D., Lenzi, A., et al.: *The psychosexual profile of sexual assistants: an internet-based explorative study*. *PLoS One*, Vol. 9(6).

Liotti, G. (2001), *Le opere della coscienza - Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Liotti, G., Monticelli, F. (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico – Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Main, M., & Goldwyn, R. (1985), *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Unpublished scoring manual. Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Masters, W.H., Johnson, V.E., & Kolodny R.C. (1988). *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Little, Brown and Company.

Masters, W.H., Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown, Boston.

- McCabe, M., Cummins, R.A., & Romeo, Y. (1996). *Relationship status, relationship quality, and health*. *Journal Family Study* Vol. 2, pp.109–120.
- McCabe, M., Cummins, R.A., & Deeks, A. (2000). *Sexuality and quality of life among people with physical disability*. *Sexual Disability*, Vol. 18(2), pp. 115–123.
- Moin V., Duvdevany I., & Mazor D. (2009). *Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability*. *Sexuality and Disability*, Vol. 27, pp. 83–95.
- Nuss, M. (2008). *Enjeux politiques et juridiques de l'accompagnement sexuel*. *Political and Legal Issues of sexual accompaniment*. *Reliance* Vol. 3(29), pp. 26–32.
- Pinheiro, S. (2004). *Sexualidade e deficiência mental: Revisando pesquisas*. *Psicologia escolar e educacional*, Vol. 8(2).
- Pirrone F. (2020). *Un'etologa in famiglia. Genitori, figli e parenti scomodi nel regno animale*. Edizioni Unicopli, Milano
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na Diversidade: Atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Rovatti, F. (2016). *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*. Erickson, Trento.
- Salvarezza, L. (2013). *The pulsional defusion and destinations of sexuality beyond genitality*. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, Vol. 16 (1), pp.15-26.
- Sadowski, C. (1993). *Responding to the sexual concerns of people with disabilities*. *Journal Social Work Human Sexuality*, Vol. 8, pp. 29–43.
- Sakellariou, R., Zhao, H. (2004). *A Low-Cost Rescheduling Policy for efficient mapping of Workflows on Grid Systems*. *Scientific Programming*, vol. 12(4), pp. 253-262.
- Schaller, J.J. (2010). *Sexualité et handicap: les assistant(e)s sexuel(le)s pour une humanité de la rencontre*. [Sexuality and Disability: the sexual assistants for a humanity of the rencontre]. *Le sujet dans la cité*, Vol. 1, pp. 130–143.
- Schalock R.L, Keith K.D., Verdugo-Alonso Gómez L (2006). *Quality of life theory construction and model development in the field of intellectual disabilities*. In: Kober R., *Enhancing quality of life for people with intellectual disabilities: from theory to practice*, New York, Springer, pp. 17-32.

Schalock, R.L., Verdugo-Alonso Gómez, L. (2010). *Evidence-based practices in the field of intellectual and developmental disabilities: an international consensus approach*. In: Evaluation and program planning, Vol. 34(3), pp. 273-282.

Sorrentino, A.M. (2006). *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*. Raffaello Cortina, Milano.

Sorrentino, A.M. (2009). *L'allevamento del bambino disabile: turbe dell'attaccamento e tratti disarmonici della personalità*

[http://www.scuolamaraselvini.it/files/articoli/allevamento\\_del\\_bambino\\_disabile.pdf](http://www.scuolamaraselvini.it/files/articoli/allevamento_del_bambino_disabile.pdf)

Steele, M. (2003). Attachment, actual experience and mental representation. In: V. Green (Ed.), *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, Brunner Rutledge, New York, pp. 86-107.

Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2001). *The impact of physical disability on body esteem*. *Sexuality and Disability*, Vol. 19, pp. 293-308.

Tepper, S. (2000). *Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure*. *Sexual Disability*, Vol. 18(4), pp. 283-290.

Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. (1986). *The transmission of maternal disturbance to the infant*. In W. Damon (a cura di), *Maternal Depression and Infant Disturbance: New Directions of Child Development*, Jossey-Bass, San Francisco, pp. 86-107.

Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). *Depressed mothers and infants. Failure to form dyadic states of consciousness*. In L Murray & P Cooper (a cura di), *Postpartum depression and child development*, Guilford, New York, pp. 54-81.

Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social emotional development of infants and children*. New York, NY: W.W. Norton and Co.

Valtolina, G. (2000). *Famiglia e disabilità*. Franco Angeli, Milano.

Van Anders, S. M., Edelstein, R. S., Wade, R. W., & Samples-Steele, C. R. (2013). *Descriptive experiences and sexual vs. nurturant aspects of cuddling between adult romantic partners*. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 42, pp.553-560.

Uliveri, M. A cura di (2014). *LoveAbility. L'assistenza sessuale per le persone con disabilità*. Erickson, Torino.



Veglia, F. (1999) (a cura di). *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*. Franco Angeli, Milano.

William H. M., Johnson, V.E., & Kolodny R.C. (1988). *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Little, Brown and Company.

Wilson, H.B., Kendall, B.E., Fuller, R.A., Milton, D.A., & Possingham, H.P. (2001). *Analyzing variability and the rate of decline of migratory shorebirds*. IN: Moreton Bay, Australia, *Conserv. Biol.*, VOL. 25, pp. 758-766.

Werner, S., & Shulman C. (2015). *Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability?* *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 59, pp. 272-83.

Whipple, B., Komisaruk, B.R. (1985). *Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women*. *Pain*, Vol. 21(4), pp. 357-367.

Whipple, B., Richards, E., Tepper, M., & Komisaruk, B.R. (1996). *Sexual response to self-stimulation in women with complete spinal cord injury*. *Journal Sex Res.*, Vol. 33(3), pp. 231-240.





ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it



ordinepsicologilombardia



ordine\_psicologi\_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL