

“Sessualmente abili”

Priscilla Berardi

Medico Chirurgo,

Specializzata in Psicoterapia Sistemico-Relazionale,

Formatrice per Educatori Scolastici presso la Cooperativa Gulliver e la Cooperativa Domus di Modena,

Supervisore per il Corso di Formazione per Operatori della Linea Amica di Arcilesbica

priscilla.berardi@fastwebnet.it

cell. 349.5455417

Sommario

Il presente lavoro esplora l'immaginario collettivo sul rapporto tra disabilità e sessualità, prendendo in esame i punti di vista di persone disabili e non, ed analizza il difficile percorso delle persone disabili nell'acquisizione di un'identità sessuata e nella costruzione di una relazione di coppia.

Si parla spesso di Disabilità¹. Si parla spesso di Sessualità. Ma sembra che questi due argomenti trovino ancora grande difficoltà ad accompagnarsi tra loro, restando un tema "di nicchia", apparentemente poco rilevante in paragone alle difficoltà pratiche quotidiane che la persona con disabilità deve affrontare. D'altra parte la sessualità resta un argomento tabù: siamo bombardati ogni giorno da commenti, informazioni, immagini sul sesso e precetti su come essere attrattivi e altamente performanti, che ci impongono interrogativi sul nostro essere all'altezza della situazione, ma sessualità è prima di tutto Relazione e tocca tutti nel profondo, nell'intimità, nel nostro bisogno di piacere, di entrare in contatto con l'Altro, coinvolge direttamente la sfera emotiva e innesca processi di identificazione, richiede un'immersione nel proprio 'taciuto'.

Sessualità non è pura genitalità: è linguaggio e comunicazione oltre le parole, è gioco, incontro, scambio e conoscenza dell'Altro e di sé, è espansione della persona e del suo modo di essere e di esprimersi, è autorealizzazione (Mannucci, 2002; 2003). Non esiste una sessualità "normale" e una sessualità del disabile. *Esiste solo la Sessualità*, che segue un percorso di nascita e sviluppo comune a tutti gli individui, ma che in persone con disabilità fisiche, sensoriali, psichiche può subire dei condizionamenti e necessitare di maggior creatività, di accorgimenti e talvolta strumenti, di tempi differenti per poter essere esercitata (Posati, 2003). Eppure spesso non solo si parla di sessualità dei disabili come di un mondo a parte, ma si finisce per negare o trascurare l'esistenza di quel mondo, trasformando il disabile in una figura angelicata o infantilizzata, o in un esempio di perversione quando il desiderio emerge, irrazionale, prepotente e irrinunciabile, cogliendo tutti impreparati e imbarazzati. Un corpo con problemi è spesso pensato come un corpo sempre bambino nonostante le trasformazioni fisiche, e ad alcuni sembra strano che provi desideri erotici: *sono ammessi solo affetti platonici e desideri sublimati*. Per altri è impensabile che quel corpo difettoso, possa essere oggetto e soggetto di desiderio e piacere. Quando infine questi desideri vengono ammessi e

¹ Considerando la prima Classificazione Internazionale OMS (ICIDH) del 1980 disabilità è "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano", mentre handicap è la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali" (OMS, 1980). Nella più recente Classificazione (ICF) del 2001 si fa invece riferimento al funzionamento, all'attività e partecipazione, a fattori ambientali, strutture e funzioni corporee e il termine "handicap" viene eliminato e completamente sostituito da "disabilità". La classificazione integra in un approccio di tipo "bio-psico-sociale" la concezione medica e sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità. L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità ma è applicabile a qualsiasi persona che si trovi in qualsiasi condizione di salute in cui vi sia la necessità di valutarne lo stato di salute a livello corporeo, personale o sociale (OMS, 2001).

compresi resta difficile legarli all'intimità e alla sfera affettiva: frequentemente vengono visti *come mero istinto*, puro bisogno fisico (Berardi, 2009; www.superabile.it; D'Onofrio e Viti, 2008; Mannucci, 2003). La domanda allora non è più "Come ti piace fare l'amore?" ma diventa un dubbio: *Puoi fare l'amore?* o addirittura: *Interessa anche a te fare l'amore?*. Ma come nasce questo pregiudizio del disabile asessuato o inadatto al sesso? Perché per tanti resta difficile immaginarsi in una relazione sentimentale o sessuale con una persona con disabilità? Come cambia l'atteggiamento nei confronti della disabilità quando la si vive a distanza ravvicinata in relazioni lavorative o affettive? E per chi vive su se stesso una disabilità, quanto è difficile maturare un'immagine di sé come persona sessuata e sensuale?

Medico, Psicoterapeuta e disabile, da alcuni anni lavoro su questi temi anche da un punto di vista professionale e recentemente ho voluto approfondire, attraverso una serie di brevi interviste anonime scritte, quale potesse essere l'immaginario collettivo delle persone, disabili e non, su Disabilità e Sessualità. Lungi dall'essere una ricerca di rigore scientifico, l'indagine fornisce però numerosi spunti di riflessione e conferma e approfondisce quanto già si rintraccia nella purtroppo ancor poca letteratura esistente sull'argomento [Tabella 1]. In questa breve trattazione tralascierò volontariamente le disabilità intellettive e sensoriali che meriterebbero un discorso a parte più approfondito e che rendesse giustizia delle loro specificità. Posso qui accennare però a due elementi emersi dalla lettura delle interviste raccolte come nella ricerca condotta nel 2007 su omosessualità e disabilità: 1) Le disabilità sensoriali (vista, udito) non pongono gli stessi timori di quelle fisiche quando si pensa a una relazione sessuale, il corpo non è un ostacolo né estetico né alle autonomie, ma viene ugualmente percepita una condizione di fragilità impegnativa. In particolare la sordità sembra far sentire disabile chi una disabilità non la ha: non conoscere la lingua dei segni è una grossa barriera alla comunicazione. Anche i non udenti e i non vedenti lamentano un'esclusione dal mondo delle relazioni sentimentali e sessuali che imputano alla loro disabilità (www.bentvoices.org; Berardi et al., 2007); 2) le disabilità intellettive spaventano molto di più e sono considerate altamente ostacolanti la relazione, forse per l'impossibilità di instaurare un dialogo con l'Altro alla pari sul piano intellettuale, emotivo, delle responsabilità. Non va dimenticato però che anche le persone con disabilità intellettive

sono sessuate e questo aspetto della loro personalità non può essere assolutamente trascurato.

Difficile abbandonare in pochi decenni idee consolidate nel corso di secoli: a lungo la disabilità ha coinciso con la stranezza, con l'errore della Natura, con la manifestazione sull'Uomo della punizione divina, per poi passare a un Modello Medico della disabilità (Brisenden, 1986; Campbell e Oliver, 1996; Morris, 1991), che concentra la sua attenzione sulla menomazione e la tragedia, sul deficit più che sulle risorse. Questa visione permea ancora fortemente il pensiero occidentale, nonostante i passi avanti compiuti dagli anni '70 ad oggi dal Modello Sociale (Barnes, 1998; Campbell e Oliver, 1996; Shakespeare, 2001) che considera invece la disabilità come una costruzione del contesto socio-culturale e che pertanto non mira a riparare la persona come un oggetto rotto, bensì ad abbattere ogni tipo di barriera e ad offrire strumenti per modificare il contesto in favore della piena partecipazione e dell'eliminazione di ogni classificazione. Nonostante le leggi per l'integrazione e le campagne sociali promosse sotto la guida di questo modello, ancor oggi nei film, in televisione, nella stessa letteratura che si occupa di disabilità o sessualità le persone disabili sono dipinte come non attrattive o asessuate contribuendo a mantenere la disinformazione e la svalutazione riguardo alla disabilità e sessualità (Barnes, 1997; Shakespeare, 1994; 2006). Nella *cultura della "normalità"*, che riconduce anche la sessualità a rigidi canoni di perfezione psicofisica e di performance più che alla sua componente emotiva, intima e relazionale, c'è più spazio per il pregiudizio che per la creatività e per le differenze. *Hai la capacità fisica, funzionale ed estetica per sedurre e operare un comportamento sessuale appropriato agli standard comunemente proposti e condivisi?* E con questa domanda si dimentica che tante manifestazioni sessuali che non si identificano con l'atto erotico, come i baci, le carezze, il toccare ci accompagnano fin dalla nascita, e che l'atto sessuale non è solo il coito ma baciarsi, accarezzarsi, guardarsi, con o senza penetrazione, con o senza orgasmi (Mannucci, 2002). Si dimentica quanto sia variegato il mondo del piacere e del fare l'amore, quanto siano stimolanti le differenze tra i membri di una coppia, quanto sia strutturante la complicità che viene dal fatto di superare insieme le difficoltà. In un'ottica medicalizzata della disabilità, i bambini accanto al portatore di disabilità sono

i fratelli, non i figli; l'adulto è la badante o il fratello, non la fidanzata o "quello che se la porta a letto" (Brocardo, 2009).

Molte persone non disabili invitate a rispondere all'intervista scritta hanno declinato dichiarando disagio per l'argomento trattato, per la mancanza di un'opinione sul tema che non era mai stato preso in considerazione, o perché non interessava. Abbastanza omogeneo tra gli intervistati è l'imbarazzo nel parlare di sesso con una persona disabile, in particolare nel porre domande o esprimere curiosità riguardo alla sua sessualità. Motivazioni di questo atteggiamento sono il timore di ferire, di creare sofferenza nell'interlocutore, fare gaffe, mettere a disagio l'Altro, o una personale difficoltà ad entrare in una sfera così intima tranne che con i partner, o un retaggio culturale che etichetta come tabù certi temi. Risulta più facile parlare di sentimenti. Circa un terzo delle persone non disabili che hanno accettato di rispondere alle domande non riescono a immaginare una sessualità nella disabilità o la percepiscono "più difficile e meno spensierata" o molto più "cerebrale", inadatta a soddisfare il coinvolgimento passionale, basata unicamente sull'autoerotismo. Queste risposte sono date prevalentemente da coloro che non hanno mai avuto relazioni significative, di qualunque natura (amicizia, amore, sesso, parentela, lavoro), con persone disabili. Grande importanza viene data all'erotismo come alimento fondamentale della vita di relazione e collante della coppia: 2 intervistati degli 11 che non hanno relazioni con la disabilità, contro il solo 7% di chi ha stretti contatti con la disabilità, ritiene che gli ostacoli alla meccanicità dell'atto sessuale tradizionale intralcino significativamente la relazione.

Allargando la nostra riflessione, se per tanti Disabilità non si lega di per sé a Sessualità, per i più i fantasmi si moltiplicano pensando a una persona disabile in una relazione sessuale o di coppia e non si concentrano solo sulla possibile complessità dell'atto sessuale e della penetrazione. La diversità suscita disorientamento, costituisce una novità che impone sfide mai affrontate precedentemente, suscitando sentimenti di inadeguatezza per le possibili difficoltà pratiche e logistiche che la situazione propone o sentimenti di impotenza all'idea di condividere quotidianamente stati di sofferenza e problemi. C'è la "paura di non saper sempre prendersi cura, di non farcela, di non avere sufficienti energie". Frequente è la paura di dover compiere in favore della persona disabile rinunce alla propria libertà, descritta come "non essere capaci di accettare sempre serenamente i vincoli, le restrizioni e le difficoltà che la disabilità impone",

“paura di non ricevere e di essere concentrati solo sul sentirsi di dover dare”, “paura di dover essere il perno sul quale tutto il resto deve girare”. *I limiti dell’Altro, nonché la scoperta dei propri, spaventano*. Il disabile fisico viene dunque percepito come fragile, dipendente, sacrificato: una responsabilità, insomma. La disabilità è letta come condizione fortemente legata alla malattia, che mette l’Uomo di fronte alla propria precarietà, alla fragilità, alla sofferenza e a ciò che più teme e che va pertanto tenuto lontano (Shakespeare, 1994).

Particolarmente vivo (45,4% del gruppo senza relazioni con la disabilità contro il 24% del gruppo con relazioni) è il timore del giudizio degli altri, sintetizzato da una frase di un intervistato: “Il problema più grande è fare i conti col giudizio che si ha su se stessi per provare un’attrazione che per la morale comune potrebbe essere ‘sbagliata’.” In una sorta di contagio, *chi viene socialmente svalorizzato fa sentire sminuito chi lo ama*. La percezione di uno scarso sostegno della collettività e del pregiudizio sociale verso la disabilità è forte (Valmarin, 1992).

Alimentate da questi pensieri, generalmente le persone mettono potenti “filtri” al loro sentire e al loro lasciarsi andare a una relazione sessuale o sentimentale con una persona disabile, confermando l’impressione che molti disabili omo ed eterosessuali denunciano, di essere esclusi a priori dai giochi amorosi e non essere presi in considerazione come partner, o riuscire a instaurare con una persona non disabile solo rapporti di amicizia o rapporti incompleti in cui il disabile ricopre ruoli precisi, sessualizzati ma senza sesso. L’amore non basta: per nascere l’amore ha prima bisogno di togliersi dagli occhi quelle spesse lenti che, parcellizzando l’altro, consentono di vederlo solo nei suoi deficit, e non nella completezza delle sue risorse: “Non ricordo se ho mai provato attrazione per una persona con disabilità, ma credo in generale che se mi sento attratta da una persona non ho in mente i suoi limiti”. E quando la spinta verso la relazione amorosa o sessuale scatta, quando l’attrazione nasce valicando i confini dell’aspetto fisico e del dubbio sull’applicabilità del sesso (per es. nel nostro campione, il 34,5% del gruppo di chi aveva relazioni con persone con disabilità e solo 1 degli 11 che non avevano relazioni dichiarano di aver provato attrazione sessuale per una persona disabile), il freno può essere costituito da una nuova paura: la sensazione di “non potere entrare in una relazione del genere con leggerezza o con i soliti ‘vediamo come va’”, la *preoccupazione di deludere le aspettative* in una relazione che potrebbe,

come tante relazioni tra non disabili, non proseguire, ma con l'aggravante di ferire una persona percepita come più fragile ed emotivamente vulnerabile, che potrebbe imputare alla propria disabilità il motivo del fallimento e della rottura, anche quando per il partner i motivi non sono legati alle condizioni fisiche bensì a banali problemi nella relazione. "A volte il sesso è un modo per conoscere l'altra persona, se l'approccio non funziona la relazione può non continuare, senza grandi contraccolpi emotivi (...) E questo inibisce i tentativi di conoscersi tramite il corpo per la paura che il disabile non possa accettare con serenità un eventuale successivo rifiuto". L'idea che anche alla persona disabile possa andar bene una relazione disimpegnata o possa essere il primo a stancarsi in una relazione amorosa o voglia godersi il sesso nell'attesa di una relazione di coppia stabile è del tutto remota.

D'altro canto, non solo i non disabili assorbono la cultura della "normalità", anche le persone con disabilità crescono in questo clima culturale e apprendono come la società li vede, come vede il loro corpo e le loro difficoltà e che la società ha aspettative differenti nei loro confronti rispetto a quelle riposte nei non disabili, anche dal punto di vista erotico-emotivo (Lenzi e Pesci, 1995). I disabili non vengono incitati a flirtare coi coetanei, assimilano che sono fragili e asessuati, non sexy né attraenti, che il loro corpo appare diverso e problematico, che sono un peso, che la famiglia stessa raramente si attende che abbiano un normale sviluppo e manifestazione della sessualità o che trovino un compagno con cui vivere (Mannucci, 2002). Quel corpo, che per ognuno può essere fonte di sofferenza ma anche di piacere, si accompagna all'idea di essere un "oggetto" spezzato e rifiutato (Pesci, 1995). *Un corpo che per l'Altro può essere amico, non amante* (Camonchia, 2000). E il disabile è spesso il primo a proporsi come amico e guardarsi bene dal richiedere una relazione sentimentale o sessuale, a rimuovere di essere un uomo o una donna le cui coccole sono adulte e non bambine, o addirittura a rinunciare a quel contatto fisico con cui in modo naturale, tra familiari ma anche tra amici, si manifesta affetto a tutte le età (Mannucci, 2003; Valmarin, 1992). Sentirsi bene nel proprio corpo e accettarlo è fondamentale per vivere bene la sessualità e le relazioni, e il disabile difficilmente riesce ad accogliersi completamente e venire a patti con la propria sessualità trovando il miglior modo di esprimerla, se non in un lungo e impegnativo cammino fatto di continue contrattazioni con i propri limiti e con quelli

altrui, oltre che di incontri fortunati (Baldaro Verde, 2003). Se pensiamo al percorso di formazione dell'identità corporea di una persona disabile non possiamo non considerare che la sperimentazione del proprio corpo, dello spazio che lo circonda e dell'attività in questo spazio può essere frustrante, impedendo di coniugare emozioni e movimento; l'eventuale patologia alla base della disabilità, soprattutto se progressiva, può far esperire un senso di mancanza di controllo sugli eventi, sulla realtà circostante e su di sé, originando sentimenti di inefficacia e non-incisività; ogni esperienza che per altri avviene in modo del tutto naturale e armonico, come andare a scuola, giocare coi compagni, dedicarsi a uno sport, andare a vivere in un'altra città per proseguire gli studi, imparare a guidare, prendere un mezzo di trasporto, trovare amici o partners affettivi e sessuali, possono essere per la persona con disabilità un'exasperante sequenza di sfide e di micro- o macro-problemi, pratici e relazionali, che certamente possono temprare il carattere di alcuni e allenarli a lottare e a inventare soluzioni originali, ma possono fiaccare la volontà e l'umore di chi in generale, o in quel momento, possiede meno risorse interiori ed esterne; alcune disabilità impongono una dipendenza parziale o totale dalle cure di altri (familiari e/o operatori) che traducono i bisogni in azioni penalizzando però spesso pesantemente la privacy; ma soprattutto il corpo della persona disabile è, sin dall'esordio della disabilità, "trattato" e non "toccato", sottoposto a manipolazioni sgradite, iperinvestito di cure, indagini e interventi, molto diversi dalle cure e dal contatto che dona piacere, e spesso accompagnati da sentimenti di angoscia o preoccupazione (Berardi, 2009; Pesci, 1995). "L'essere trattati e maneggiati come una marionetta costituisce sempre un attacco al concetto di dignità personale" (Viti, 2002). È proprio il corpo l'interfaccia di ognuno di noi con l'Altro, ciò che ci mette in relazione, in comunicazione, in contatto.

Se consideriamo l'identità corporea sotto una prospettiva interazionista (Faccio, 2008), l'individuo attribuisce un significato alla propria apparenza fisica in base ad un'interazione tra, da un lato, il come si percepisce e si vede, ovvero *l'idea che ha di sé e del proprio corpo*, frutto delle esperienze fisico-sensoriali, emotive, affettive e cognitive di sé e, dall'altro, *l'immagine sociale interiorizzata*, costituita dalle immagini che si vede riflettere dagli Altri, immagini che raccontano il senso che quell'individuo ha per loro e le loro aspettative e modelli di comportamento e di ruolo. A questa conversazione partecipano la capacità di *autoosservazione e autoregolazione*, intesa

come la capacità di osservarsi più o meno consapevolmente e assumere a guida e giudizio di sé lo sguardo degli Altri reinterpretandolo, e l'*autoefficacia fisica*, ovvero l'essere adeguati in ruoli che prevedono l'attività motoria. Il corpo diviene la culla di Sé come Persona, il veicolo delle letture soggettive di come si è dentro utilizzando come interfaccia dell'incontro con l'Altro il come si è fuori.

Il desiderio di sentirsi parte del gruppo e tentare di conformarsi alle aspettative per essere accettati è un processo naturale appartenente a qualunque essere umano, il disabile non fa eccezione, ma può sentire di non riuscire a "vincere la partita". In questo caso, quel corpo in cui si abita può diventare talora un nemico all'interno del quale la persona vive e non è infrequente il verificarsi, come modalità difensiva, di una scissione mente-corpo, sia da parte di chi circonda la persona disabile, sia da parte della persona disabile stessa: un'esaltazione delle capacità e funzioni intellettive ed emotive a scapito della fisicità, in un tentativo di riconoscersi solo attraverso la propria parte "sana" e negare quella sofferente (Saetersdal, 1997).

Delle 8 persone con disabilità invitate a rispondere all'intervista, solo 3 hanno accettato: spesso parlare della propria Sessualità può essere difficile anche per la persona con disabilità. Anch'egli può essere vittima di disinformazione, confusione e ignoranza su ciò che il proprio corpo può dare: può bloccarsi prima di aver sperimentato il proprio limite reale fermandosi a quello percepito. *Se per primi non ci credono gli Altri significativi, se gli Altri non si aspettano nulla, come puoi crederci tu?* È fondamentale per la scoperta e l'acquisizione di un senso di sé come persona attraente, sessualmente e relazionalmente capace, la conferma da parte dell'Altro, che apprezzi quel corpo e condivide con leggerezza e spontaneità i suoi limiti.

Le tre persone che hanno risposto all'intervista hanno, o hanno avuto, relazioni di coppia e testimoniano un sentimento di adeguatezza nel corteggiamento e nella seduzione e la possibilità di proporre se stessi come partner sessuale solo all'interno di una relazione in cui le carte sono già scoperte e si sa di piacere ed essere pienamente e stabilmente ricambiati. In una situazione ad esito incerto il timore del rifiuto frena dall'esporsi. Si conoscono bene le proprie doti personali, sessuali e relazionali e il proprio valore per gli Altri significativi, ma l'idea che una nuova persona possa essere spaventata dalla carrozzina nell'intraprendere storie sentimentali o erotiche è ben definita. Anche a fronte di importanti difficoltà funzionali, il sesso non è impossibile né

spiacevole, ma può essere ricercato solo all'interno di una relazione fatta di complicità, creatività e comprensione.

Una delle persone con disabilità intervistate pone inoltre una questione importante: il diverso approccio alla sessualità e la diversa immagine di sé in quanto persona sessuata tra chi ha una disabilità congenita e chi ha una disabilità acquisita. L'intervistato è stato in grado di descrivere efficacemente il divario tra il prima e il dopo:

In generale, la mia non autosufficienza mina costantemente le mie sicurezze in ogni campo. In assoluto mi sento più forte perché ho la concreta certezza di avere una famiglia e degli amici straordinari accanto. L'idea di me stesso è cambiata radicalmente dall'oggi al domani come dal giorno alla notte. Mi sento molto limitato in primo luogo dalla mia disabilità fisica, ma anche dal mondo che mi circonda. Sono rimasto fondamentalmente la persona introversa che ero, ma non vedo nella gente che mi circonda particolare disponibilità nell'approcciarsi ad una persona nelle mie condizioni. [Quando sono davanti allo specchio] vedo sempre me stesso ma in una condizione fisica diversa. Quella precedente molto prestante e abbastanza gradevole, quella attuale difficile da far digerire agli altri. Ultimamente vedo sempre più spesso sguardi compassionevoli. Penso vedano essenzialmente qualcosa di diverso. Penso che apprezzino la mia disponibilità, la mia determinazione, la mia sfrontatezza, la mia allegria e spensieratezza nonostante tutto. Sicuramente non apprezzano tutto il resto di me, soprattutto dal punto di vista fisico. [L'essere capace di corteggiare, il propormi e l'essere cercato come partner sessuale] sono cambiati in maniera diametralmente opposta. [Gli Altri possono avere timori/difficoltà nell'intraprendere una relazione sessuale e di coppia con me] e non li biasimo sinceramente. Se si cerca sempre il meglio per sé anche dal punto di vista sessuale, non penso di essere fisicamente il partner ideale di nessuno.

Le persone che diventano disabili in età adulta vivono una condizione particolare: più la tragedia li colpisce inaspettatamente più essa sconvolge la fiducia in un mondo giusto, nella linearità della natura, nel proprio sistema di valori e di credenze che fino a quel momento li ha guidati. Trovare un significato a quanto loro accaduto e costruire un nuovo sistema valoriale, condiviso dalle persone significative intorno a loro, diventa la nuova priorità. Avere una visione realistica della direzione del proprio percorso in quanto disabili favorisce, inoltre, un maggior controllo sugli eventi e una più alta capacità di programmare la propria vita. Dopo aver fatto l'inventario delle perdite – la perdita dell'integrità del proprio corpo, la perdita della propria immagine di sé, la perdita della propria indipendenza, del proprio mondo precedente – e compiuto il lutto, giunge il tempo di contare ciò che resta ed aggiungere parti nuove (Kamela e Scott, 1998; Langer, 1994). Questo lavoro di ricostruzione di se stessi, doloroso e complicato, richiede una *riorganizzazione totale del proprio Sé*, dell'ambiente che circonda la

persona, delle relazioni fino a quel momento instaurate (Paiva, 1988). A lungo la disabilità resta qualcosa di estraneo. Inizialmente si misura inevitabilmente un certo grado di ansia, depressione, minacce all'autostima e al benessere generale, più intensi per gli uomini che per le donne per le diverse ambizioni e il diverso ruolo sociale, lavorativo ed economico attribuiti all'uomo. Dopo avere vissuto se stessi come persone sessuate ci si domanda come ci si adatterà al nuovo corpo e quanto varierà la propria espressione sessuale. Mantenere un senso di Sé Sessuato nonostante le difficoltà pratiche e gli stereotipi sociali, combinare il vecchio e il nuovo Sé corporeo possono essere una sfida che dura tutta la vita. Se nell'immediato, dopo l'acquisizione della disabilità, alcuni individui possono non manifestare interesse per la sessualità, poi, superato il periodo critico, vengono richieste informazioni a infermieri e fisioterapisti sul recupero della funzione sessuale e riproduttiva, tanto che, nel caso ad esempio delle lesioni midollari, il programma di riabilitazione in alcuni Centri specializzati prevede, almeno per i maschi, anche la presa in carico di questo aspetto (Coppola, 2002).

Riuscire, dunque, a riparare in modo originale la ferita inferta al Sé che la disabilità impone creandosi un'Immagine di Sé positiva e sessuata diventa un traguardo possibile, ma certamente non semplice e richiede un continuo lavoro sull'autoaccettazione e l'autoaccoglienza, sulla valorizzazione di sé, sulle abilità relazionali e sociali, una negoziazione con i propri limiti, reali o percepiti, etero o auto-imposti (Baldaro Verde, 2003). Ma, come in un moto circolare, vi è la necessità di essere accolti e sostenuti per accogliere l'Altro e se stessi. *Talvolta un partner può essere più accettante e accogliente verso il corpo disabile di quanto sia il disabile verso se stesso.*

Tornando alle interviste raccolte e prendendo in esame le risposte di coloro che, non disabili, vedono invece possibile una relazione sessuale o sentimentale con una persona con disabilità, è particolarmente interessante soffermarsi sullo sguardo realista ma positivo e propositivo che hanno sull'argomento. E questo ci porta all'ultima parte del nostro discorso: dopo aver inciso sulla sessualità negata e sul pregiudizio sociale, parliamo di *sessualità riconosciuta e pienamente vissuta.*

Quanti modi ci sono di fare l'amore? Senz'altro tanti, per 5 delle 11 persone che non hanno rapporti con la disabilità, ma si moltiplicano quando gli adulti coinvolti sono consapevoli, complici, curiosi, flessibili, sinceri, sanno dialogare, hanno rispetto l'uno

dell'altro, hanno la volontà di “mettersi in discussione” e quando ci si “libera dall'idea di sessualità intesa come rapporti completi”. Dichiarare le proprie incertezze di fronte all'esperienza nuova, cercando un aiuto da parte del partner nel tentativo di trovare le *formule giuste* è considerata un'utile strategia. Per molti però è soprattutto il modo che il disabile ha di vivere la propria disabilità, quanto maturo sia il suo “percorso personale”, a incidere sulla praticabilità delle cose. Immaginando la sessualità e la relazione sessuale, essa viene concepita come diversa da caso a caso e da disabilità a disabilità, ma anche “più originale dell'ordinario”, “più complicata ma più fantasiosa”, sicuramente praticabile solo *attraverso la “reinterpretazione del concetto di Sessualità e la ricerca di nuove modalità espressive e relazionali”*. L'amore, la fantasia, lo “spirito pratico”, l'informazione e il dialogo aperto su esigenze e aspettative reciproche sono considerate le risorse su cui principalmente si può contare per mandare avanti una relazione di coppia in cui sesso e sentimenti si mescolano. Quasi tutti gli intervistati senza rapporti con la disabilità pensano alle associazioni e ai professionisti del settore come a punti di riferimento a cui rivolgersi in caso di difficoltà o necessità di consigli e sostegno. Superati gli impedimenti all'autonomia attraverso l'ausilio di tutto ciò che i Servizi mettono a disposizione, la relazione appare più semplice, penalizzata solo da “ostacoli paragonabili a quelli di qualsiasi relazione” e che fanno cadere la coppia “nell'omologazione”. Da due di questi intervistati viene infine lamentata ignoranza e mancanza di comunicazione e di dibattiti su ampia scala a riguardo e viene ritenuto che l'informazione e l'esempio personale siano il vero modo per cambiare il modo di pensare e di vedere la sessualità.

Tra gli intervistati che hanno rapporti di amicizia, parentela, lavorativi o di coppia con portatori di disabilità, quelli che riescono a figurarsi una sessualità nella disabilità presentano sostanzialmente risposte simili al gruppo precedente, ma la loro riflessione si fa più approfondita grazie alla conoscenza diretta di persone disabili. Essi riferiscono che in generale la vicinanza e la condivisione hanno permesso un cambiamento nella loro sensibilità e nell'accoglienza delle differenze e dei limiti, non fermandosi alle apparenze, acquisendo un maggior senso di competenza nella gestione pratica del deficit, riconoscendo i punti di forza ma imparando anche a valutare meritocraticamente la persona che hanno di fronte senza farsi fuorviare dal pietismo. La disabilità viene vissuta “come un limite puramente accidentale, tecnico”, “che passa in ultimo piano,

[mentre] il disagio molto naturalmente è sparito da sé” e “Disabile è solo chi si sente disabile”. Scrive un intervistato: “Ho imparato contemporaneamente a tener conto delle differenze e a dimenticarmi di esse”. La sessualità è immaginata da quasi tutti i maschi e da almeno sette femmine di questo gruppo come diversa "ma diversa e basta", "creativa", molto "più ricca di fantasia, gioco, complicità", sostanzialmente meno standardizzata e più legata alle specificità dei membri della relazione. La disabilità diventa così *un limite serio che va conosciuto ma reinvestito nel gioco*. Chi si sente o si è sentito attratto da una persona con disabilità (9 su 29) ha provato lo stesso tipo di fascinazione intellettuale, estetica, olfattiva che proverebbe per persone senza disabilità, ma tre di questi ammettono che proprio la diversità ha rappresentato un elemento in più, incuriosente ed esotico, a causa della novità, delle differenze tra il proprio corpo e quello dell'Altro, dell'immaginario legato alle diverse modalità di linguaggio fisico sperimentabili. Superato il timore nell'affrontare la pratica, la relazione sessuale sembra quindi non porre grandi ostacoli, ma la quasi totalità degli intervistati di questo gruppo sottolinea per sé la necessità di una relazione non occasionale e mette tra le risorse necessarie il dialogo, una buona conoscenza della disabilità in questione, l'organizzazione, l'amore, il coraggio, *"l'orgoglio di una vita ben più che normale"*, la maturità del partner, il coinvolgimento affettivo, la capacità di uscire dall'immaginario consolidato del corpo umano proposto quotidianamente e di inventare un nuovo gioco. Anche per questo gruppo i problemi di coppia ipotizzabili sono gli stessi presenti in qualsiasi altra relazione e la coppia formata da una persona disabile e una non disabile viene vista come una coppia mista come potrebbe essere quella di persone provenienti da culture diverse.

Mancano, anche nella letteratura sul tema, dati quantitativi o qualitativi sul funzionamento delle coppie formate da almeno un partner diversamente abile. Possiamo riferirci quindi a poche testimonianze e alle voci di alcuni autori che hanno evidenziato quanto l'aver una persona accanto con cui condividere esperienze, sentimenti, intimità e sessualità possa rafforzare l'identità di sé e permettere di acquisire stima e fiducia verso se stessi, e vivere e far vivere la propria disabilità come un ostacolo minore, affrontabile e accettabile. Il rapporto affettivo può diventare una “molla” che spinge a scoprire le abilità, sia per la persona disabile che per il partner non-disabile (Rubaltelli, 2003). Se per la persona con disabilità fisiche da un lato possono esistere problematiche

reali alla sessualità, che necessitano di accorgimenti pratici e posturali o stimolazioni erogene in aree particolari, dall'altro lato se la coppia riesce a guardare oltre, a non farsi frustrare dalla fretta e dalle difficoltà, sono la fantasia, la creatività, il desiderio di sperimentare e la stessa differenza tra i partner che fanno scoprire modalità nuove di stare insieme e provare piacere. Quando l'Altro riesce ad andare al di là delle apparenze, a mettersi in gioco e a lasciare spazio nel gioco alla disabilità, ad aprirsi a nuove possibilità, al non conosciuto, all'inesplorato, può nascere una Relazione, erotica e/o sentimentale che sia. Per andare "oltre" è necessaria maturità, curiosità, coraggio, capacità di darsi totalmente, desiderio di ampliare le proprie conoscenze e i propri confini (Baldaro Verde et al., 1980; Benzi, 1984). Ma anche la persona disabile deve essere in grado di andare incontro all'Altro, di accettarne le difficoltà, di non dare per scontato che è impossibile o che deve essere tutto facile e immediato, di comprendere le proprie limitazioni, condividerle ed elaborarle insieme al proprio partner.

Una delle persone non disabili intervistate ha attualmente una relazione di coppia con una persona con disabilità ed il suo racconto rispecchia emblematicamente sia la possibilità di superare le barriere sociali e personali, sia le possibilità di espansione della sessualità attraverso la conoscenza e la sperimentazione reciproca e di se stessi.

Il mio fidanzato è paraplegico, stiamo cercando di andare a vivere insieme. (...) Già prima di conoscerlo, arrivando da una famiglia che mi ha insegnato parecchio a livello culturale e umano, provavo il viaggiare "in carrozza" una cosa che distingue un essere umano da un altro esattamente come l'essere alti e bassi, bravi in matematica o in arte. Posso però dire che la mia conoscenza sull'argomento si sia approfondita parecchio e ne stia imparando i pregi e i difetti. Il mio ragazzo è in grado di prevenire il disagio spiegandoti con pazienza e amore cosa rappresenta un problema e, immediatamente dopo, quale può essere la soluzione, capisce perfettamente che essendo questo il mio primo rapporto con una persona che ha una disabilità ci sono cose che vanno imparate e che come tutti i processi di comprensione anche questo ha bisogno di tentativi e di errori, sia pratici sia anche solo di linguaggio o involontaria "mancanza di tatto". (...) La nostra sessualità è molto felice, con un'attenzione ai preliminari che i ragazzi "normodotati" non hanno quasi mai. A livello di possibilità, diciamo che l'erezione, anche se a volte un po' capricciosa, avviene in modo spontaneo ed è quindi possibile l'atto sessuale completo. Solo, semplicemente, non è più quello il punto centrale dell'atto ma sono milioni di altre cose, sperimentazioni, imparare ad ascoltare il proprio corpo e a seguire i suggerimenti che lui dà, scoprire mille altri punti dove si possa provar piacere per stare bene assieme. Lo trovo molto più personale e unico, caratteristico della coppia (...) come due bambini che scoprono come i loro corpi possano rispondere a vari tipi di stimolazioni con gioia e curiosità e rispetto. (...) Per me l'attrazione sessuale è data da un'attrazione mentale più l'odore. Però è una domanda strana, è come chiedere "ti sei mai sentito istintivamente

attratto da una persona seduta senza prima averla vista in piedi?". Ovvio che sì. (...) Temo che ci saranno sempre tutta una serie di cose che farà più fatica a fare o non riuscirà. Se per esempio dovessi star male e non essere in grado di alzarmi non potrebbe mai caricarmi in macchina per portarmi all'ospedale. Forse è un po' stupida come paura però esemplifica la paura di poter contare su di lui nei casi di estrema emergenza, meno di quanto uno vorrebbe. [Le risorse su cui in questo caso si può contare sono] il dialogo sincero e l'organizzazione. La relazione sessuale è bella, piena, coinvolgente, divertente, unica. Le difficoltà sono scomparse parlandosi con molta umana comprensione. (...) Abbiamo potuto contare su di noi, sull'amore reciproco, sulle conoscenze specifiche e su alcuni ausili tecnici. (...) Abbiamo a che fare con altre persone in carrozza che hanno molti più blocchi. Dire a una persona che ha grossi problemi di vita sessuale che tu come coppia i tuoi li hai risolti e anzi è più bella di molti rapporti con persone normodotate, anche contestualizzato e detto per aprire un discorso che possa spronare alla ricerca di un nuovo equilibrio, a volte ottiene l'effetto contrario allo sperato: una chiusura ulteriore, barriere e paura!

Come scrive Elsa Jones [Jones, 1996; 2003], la relazione terapeutica è costruita su una molteplicità di assunti e di attribuzioni reciproche da parte dei clienti e dei terapeuti circa le loro identità, intenzioni e ruoli. Esistono aree osservabili che fanno parte dell'identità e sono connesse immediatamente con le premesse di chi osserva; esistono altre aree che filtrano comunque la comunicazione e sono più interne e nascoste agli occhi dell'Altro. Sulla base di entrambe queste aree, terapeuti e clienti si leggono l'un l'altro, non sempre consciamente. Se trasportiamo ora a un contesto psicoterapico quanto detto fin qui, vengono spontanee alcune riflessioni conclusive:

- È importante non trascurare e non negare la sessualità del proprio paziente disabile, trasmettergli un senso di persona completa e non dimezzata. È importante lavorare sui propri preconcetti sul rapporto tra Sessualità e Disabilità ma anche sulla propria idea di Sessualità. La comunicazione su questi temi può creare un fisiologico imbarazzo anche nel paziente disabile, ma come per ogni argomento la creazione di un clima di fiducia, rispetto, comprensione e autoconsapevolezza aiuta il dialogo. E questo discorso non vale solo per i terapeuti non disabili, ma anche per quelli disabili che possono dover fare i conti con la propria immagine sociale negativa interiorizzata e con il fatto che i propri pazienti non disabili possono inizialmente vederli come persone asessuate con cui hanno difficoltà a parlare di sesso (Chaudhuri, 1999; Olkin, 1999).

- L'informazione corretta sulle potenzialità nel campo sessuale della disabilità in oggetto e sugli ausili tecnologici per il sesso, da soli o in coppia, è fondamentale, per non proporre pratiche o strumenti inutilizzabili o creare false aspettative, ma anche per non prospettare più limitazioni di quante ce ne siano realmente. Lo stesso disabile è spesso inconsapevole di quanto il proprio corpo possa dare e dei limiti realmente imposti dalla propria disabilità. Recentemente è stato aperto un sito web statunitense (www.mypleasure.com) che si occupa di *sex toys* non solo per "abili" ma anche per disabili e che fornisce consulenze pratiche e psicologiche in materia. Nulla di cui scandalizzarsi. L'approccio non può che essere condizionato dall'ampliamento delle possibilità invece che dal giudizio morale, sull' "imparare a capire i messaggi del nostro corpo e di quello dell'Altro, individuare le potenzialità del nostro essere, i confini, ma anche orizzonti più vasti o diversi, superando il concetto di normalità che mal si adatta alle multiformi realtà fisiche e psicologiche degli individui" (Mannucci, 2003).
- La persona disabile spesso ha meno occasioni di incontrare e conoscere persone, socializzare, sperimentarsi. Per instaurare una relazione, in presenza o assenza di disabilità, occorre inoltre tempo, scambio, dialogo, abbattimento degli imbarazzi, dei timori, dei pregiudizi, bisogna apprendere a stare insieme, ad apprezzarsi, trovare punti di contatto. Essere attrattivi sessualmente, inoltre, non richiede tanto bellezza ma autostima, fiducia in sé, abilità di comunicare. Alla base delle insicurezze può esserci un non essersi messi alla prova ma anche un non piacersi, un essersi provati ed essersi scontrati più volte con il rifiuto dell'Altro, o semplicemente un non aver avuto occasioni. È auspicabile, allora, che almeno il terapeuta creda nel proprio paziente, lo appoggi nella scoperta del proprio modo di essere seduttivi (nel senso originario della parola di "condurre a sé"), pur lontano dalle consuetudini, per valorizzarlo e accrescerlo, mettendolo alla prova; è necessario che ne valorizzi le conquiste anche minime, lo aiuti a rispettare se stesso come individuo, lo stimoli al confronto con persone abili e disabili al fine di scambiarsi opinioni e strategie e non sentirsi troppo "unici", che lo spinga alla maggiore autonomia possibile, alla socializzazione e alla sperimentazione di sé in ogni campo perché sia consapevole di avere molto da proporre e da chiedere, perché valorizzi le conquiste anche minime. Educare (o ri-educare) alla sessualità non può

prescindere dal costruirsi anche socialmente, lavorativamente, finanziariamente, intellettualmente, in modo da non restare imprigionati in una stima di sé legata solo alle conquiste sessuali.

- Sessualità non è solo etero, ma anche omosessualità, anche per il disabile (Alpi e Nencini, 2004; Berardi et al., 2007; Toro, 2004). E non è un adattamento conseguente alla disabilità, ma un modo di essere come quello dei non disabili. Dare per scontata l'eterosessualità dei propri pazienti disabili può minare la loro possibilità di esprimere l'omosessualità e può farla vivere come una seconda disabilità. Non vanno mai trascurate le gravi conseguenze psicologiche dell'essere sottoposti a stigmatizzazioni multiple, soprattutto quando la persona non è autonoma e le è negata la privacy della propria vita sessuale e relazionale: in questi frangenti alcune persone sentono di dover scegliere quale aspetto della propria identità vivere per continuare ad essere curate, congelando una parte di sé. Non si può infine, cadere nell'errore di trascurare le differenze di genere: "l'handicappato nell'immagine comune non ha differenze sessuali, non è donna o uomo: è handicappato e basta. Come se questa grossolana qualifica fosse sufficiente a determinare l'enorme complessità del mondo nascosto da una parola così definitiva e poco sfumata" (Lenzi, Pesci, 1995). Neppure si può perpetuare la discriminazione maschi-femmine in cui i maschi vengono indirizzati alla masturbazione e al sesso a pagamento e le femmine alla sublimazione e all'astinenza. Il rischio è un nuovo doppio stigma: disabile e donna. Aessuata. (Mannucci, 2002; Mannucci, 2003; Molloy et al., 2003).

Non è banale vagliare le ripercussioni che l'amputazione della sessualità ha su tutte le altre parti dell'Essere e dell'Esistere, le pesanti ricadute sull'autostima, sul benessere fisico ed emotivo, sull'accettazione della propria immagine corporea. Non è banale riflettere sul significato che ha il piacere nella vita umana. Non è banale neanche pensare che una sessualità vissuta pienamente abbia conseguenze anche su un contesto familiare eventualmente impreparato, in cui i legami si sono anche strutturati sul fatto che il figlio disabile non se ne può andare e deve restare a dare un senso alle cure e ai sacrifici dei genitori, o in cui la sessualizzazione di chi sesso non aveva può scardinare certezze e far sentire inadeguati e impotenti (Kazak, 1986).

Desidero quindi concludere con le parole di Gabriele Viti (2007): *Il diritto all'espressione della propria sessualità è un diritto inalienabile di ogni persona di questo pianeta, per una vita che possa chiamarsi integralmente "umana". Io non saprei concepire questa mia vita senza questa intrinseca dimensione e sfido chiunque a farlo, a crederci "angelo", essere asessuato, a non tener conto di questa forza potente ed imperiosa che nasce dal più profondo del nostro essere.*

Bibliografia:

- Alpi, V., Nencini, L. (2004) *Uno più uno non sempre fa due* <www.bandieragialla.it/node/2128 luglio 2004>
- Baldaro Verde, J., Govigli, G., Valgimigli, C. (1980) *La sessualità dell'handicappato. Il Pensiero Scientifico*
- Baldaro Verde, J., (2003) *Sessualità ed handicap: pregiudizi dal maschile al femminile. In Veglia, F. (a cura di) Handicap e Sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Franco Angeli, pp. 32-43*
- Barnes, C. (1998) *The Social Model of Disability: a sociological phenomenon ignored by sociologists? In Shakespeare, T. (a cura di) The Disability Reader: Social Science Perspectives. Paperback, Chap. 5, pp. 65-78*
- Barnes, C. (1997) *A legacy of oppression: a history of disability in Western culture. In Disability Studies: past present and future, The Disability Press, Chap.1, pp. 3-24*
- Benzi, R. (1984) *Il vizio di vivere: Vent'anni nel polmone di acciaio. Rusconi*
- Berardi, P., Chiari, C., Grasso, I., Lelleri, R. (2007) *Report di ricerca Abili di cuore – Omo-disabilità: quale rapporto tra omosessualità e disabilità?* <www.lelleri.it/report/abilidicuore.pdf>
- Berardi, P. (2009, marzo) *Sesso e Disabilità. Gli Amici di Luca Magazine, 27:40-41*
- Brisenden S. (1986) *Indipendent Living and the Medical Model of Disability. In Disability and Society, 1:173-178*
- Brocardo, E. (2009, 18 febbraio) *Diversamente amabili. Vanity Fair, pp.152-158.*
- Camonchia, S. (2000) *Il sesso al tempo dell'handicap. Tempo Medico, 685*
- Campbell, J., Oliver, M. (1996) *Disability Politics. Routledge*
- Coppola, L. (2002) *Diversabilità, Sessualità e Riproduzione – Atti del Convegno di Casarano (LE)* <www.gabrieleviti.org>
- Chaudhuri, R. (1999) *Dynamic Psychotherapy and the Disabled Psychiatrist. Journal of American Academy of Psychoanalysis, 27:239-251*
- Faccio, E. (2008) *Perché il mio corpo mi rassomigli – Il tormentato rapporto tra sembiante e identità secondo la prospettiva interazionista. Connessioni, 21:153-179.*
- Kamela, S.K. (1998) *The "Psychological Emergency" Of New Onset Physical Disability And Deformity, Jacksonville Medicine*
- Kazak E.A. (1986) *Families with physically handicapped children: social ecology and family systems. Family Process, 25:265-281*
- Langer K. G. (1994) *Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. American Journal of Psychotherapy, 48(2):181-194*
- Lenzi, D., Pesci, M.C. (1995) *Prima di tutto una donna. HP – Accaparlante, 38*
- Mannucci, A., Mannucci, G. (2002) *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Pisa, Del Cerro.*
- Mannucci, A. (2003) *Una sessualità anche per il diversamente abile?, in Gelati, M., Calignano, M.T. (a cura di) Progetti di vita per le persone con Sindrome di Down. Pisa, Del Cerro, pp.134-153.*

- Molloy, D., Knight, T., Woodfield, K. (2003) *Diversity in disability: exploring the interactions between disability, ethnicity, age, gender and sexuality*. Research Report 188, DWP, Corporate Document Services
- Morris, J. (1991) *Pride against prejudice*. Womans Press
- Olkin, R. (1999) *What Psychotherapists should know about disability*. New York, The Guilford Press.
- OMS (1980) *Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH)*. Cles
- OMS (2001) *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento, Erickson
- Paiva, M.R. (1988) *Felice Anno Vecchio, Feltrinelli*.
- Pesci, M.C. (1995) *Davanti allo specchio*. HP – Accaparlante, 48
- Pesci, M.C. (1995) *Il corpo "recintato"*. HP – Accaparlante, 44-45
- Pesci, M.C., Lenzi, D. (2001) *Le passeggiate sono inutili. Suggestimenti possibili ed impossibili nel confronto tra sessualità e handicap*. HP/Accaparlante, 3
- Posati, G. (2003) *Tra esperienza e progetto: diritto alla sessualità come diritto alla qualità della vita*. In Veglia, F. (a cura di) *Handicap e Sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*. Franco Angeli, pp.44-55
- Rubaltelli, M.M. (2003) *Sessualità e diversabilità: un sano binomio – Atti del Congresso nazionale A.G.E.O. 30-31 maggio 2003, Padova*
- Saetersdal, B. (1997) *Forbidden suffering: the Pollyanna Syndrome of the Disabled and their families*. *Family Process*, 36:431-435
- Shakespeare, T., Watson, N. (2001) *The Social Model of Disability: an outdated ideology?* In Barnartt, S.N., Altman, B.M. (a cura di) *Exploring theories and expanding methodologies: where we are and where we need to go*. *Research in Social Science and Disability*, Emerald Group Publ Ltd, 2:9-28
- Shakespeare, T. (1994) *Cultural representation of disabled people: dustbins for disavowal?* *Disability Studies: past present and future*, The Disability Press, Chap.13, pp. 217-233
- Shakespeare, T. (2006) *Disability Right and Wrongs*, Routledge
- Valmarin, G. (1992) *Amici sì, amanti mai*. HP – Accaparlante, 2
- Viti, G. (2007) *Il Kamasutra del disabile*. <www.gabrieleviti.org>
- Viti, G. (2002) *Diversabilità, Sessualità e Riproduzione – Atti del Convegno di Casarano (LE)* <www.gabrieleviti.org>
- www.superabile.it/Laboratorio/Animazione_territoriale_e_azioni_di_mainstreaming/info1369411468.html - *Animazione territoriale e azioni di mainstreaming - Psicologia clinica e sessualità della persona con disabilità*
- www.bentvoices.org/Archives/archiveblank.htm (blog di uomini gay disabili)
- Toro, F. (2004) *El sexo de los ángeles*. Spagna, 78'
- D'Onofrio, A., Viti, G. (2008, 10 luglio) *Il Kamasutra del Disabile – Erotika Italiana, Episodio 4*