

L'IDENTITÀ PERSONALE NELLA DISABILITÀ: RILETTURA SECONDO IL MODELLO SOCIALE

STEFANO FEDERICI¹, MARTA OLIVETTI BELARDINELLI²

THE DISABILITY PERSONAL IDENTITY: REVIEW ACCORDING TO THE SOCIAL MODEL

Abstract

The social and cultural perspective regarding persons with disabilities has substantially modified how personal identity in people with disabilities is considered (Finkelstein, 1980; Oliver, 1990; Shakespeare, Gillespie-Sells, Davies, 1996). This study proposes a reformulation of the construct regarding the personal identity of the person with a disability, from a perspective that includes the social model. This theoretical contribution is part of a wider project, in course of development at the University of Rome 'La Sapienza'. It aims at studying how environmental ('barriers'), cross-cultural, and educational factors influence the deep sexual identity development, and the body imagery of subjects with different physical and mental abilities. In this study, we will show how the healthy development of the sexuality of persons with disabilities is often hindered by several environmental and cultural 'barriers' in the daily life of a person with a disability.

¹ ECONA – Centro Interuniversitario di Ricerca su Processi Cognitivi in Sistemi Naturali ed Artificiali e Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche dell'Università degli Studi di Lecce – Via Stampacchia, 47 – 73100 Lecce. E-mail: fede.ruga@flashnet.it

² ECONA – Centro Interuniversitario di Ricerca su Processi Cognitivi in Sistemi Naturali ed Artificiali e Dipartimento di Psicologia dell'Università di Roma 'La Sapienza' – Via dei Marsi, 78 – 00185 Roma.



Introduzione

La prospettiva sociale e culturale circa le persone con disabilità ha sostanzialmente modificato la considerazione dell'identità personale nella disabilità. Presentiamo la riformulazione del costrutto relativo all'identità personale nella disabilità conseguente all'adozione del modello sociale. Il presente contributo rientra in un più ampio progetto, in corso di svolgimento presso l'Università di Roma 'La Sapienza', volto ad indagare le influenze ('barriere') ambientali, inter-culturali ed educative esercitate sulla formazione dell'*identità sessuale profonda* e dell'immagine corporea di soggetti con differenti abilità fisiche e mentali. Il lavoro evidenzia come lo sviluppo sano della sessualità di persone con disabilità sia spesso ostacolato da una serie di 'barriere' ambientali e culturali che circondano il vivere quotidiano di un disabile. In un ulteriore contributo, mediante l'utilizzo di uno strumento psicometrico (il FDCT) intendiamo rilevare l'incidenza delle suddette 'barriere' sulla costruzione dell'*identità sessuale profonda* di disabili in contesti diversi - familiari, socio-educativi ed assistenziali - e con diverso inserimento socio culturale.

La sessualità in prospettiva sociale nel dibattito internazionale anglofono sulla disabilità

Il modello sociale

Il modello sociale di disabilità – così come si è andato sviluppando all'interno del movimento radicale dell'*Union of the Physically Impaired Against Segregation* in Inghilterra nei primi anni '70, e successivamente sulla base dei lavori accademici di studiosi con disabilità quali Vic Finkelstein (1980) e Michael Oliver (1990) – ha introdotto all'interno del dibattito sulla disabilità e sulle strategie d'intervento sociale e politico una nuova 'big idea' (Hasler, 1993): la disabilità è un prodotto sociale.

«Dal nostro punto di vista, è la società che rende disabili le persone con menomazioni fisiche. La disabilità è un qualcosa che si impone dall'alto in modo tale che noi siamo inevitabilmente isolati ed esclusi da una piena partecipazione sociale. Le persone disabili, perciò, sono un gruppo oppresso nella società» (UPIAS, 1976, p. 14).

Questo modo di vedere la disabilità rinvia il problema all'ambiente dove gli individui interagiscono, considerando la disabilità una costruzione sociale e non (soltanto) l'esito di una menomazione psichica o fisica. Pertanto, piuttosto che tentare di cambiare o riparare la persona con disabilità, un modello sociale della disabilità fornisce servizi mirati alla rimozione delle barriere sociali e ambientali in modo da rendere possibile una piena partecipazione sociale, fisica e lavorativa dei disabili.



Le aree disabilitanti della sessualità

Questo modello suggerisce anche un diverso approccio alla sessualità delle persone con disabilità. Infatti, invece di essere ridotta ad un problema medico, psicologico o sessuologico, la sessualità è riletta all'interno del contesto sociale e culturale entro cui si sviluppa l'identità sessuale di una persona con disabilità.

In *The Sexual Politics of Disability: Untold desire*, Tom Shakespeare (1996) per primo indaga quelle dinamiche socio-culturali che sottostanno al comportamento sessuale di persone con disabilità, offrendoci una vasta gamma di esperienze emotive e sessuali di disabili fisici e psichici. Secondo il suo punto di vista, il modello medico di disabilità, predominante ancora in molte delle nostre società occidentali, sottolineando una visione tragica della disabilità intesa come menomazione, e concentrandosi quindi sul deficit psichico o fisico dell'individuo, trascurerebbe la sessualità dei disabili considerandola come un *non* problema. Nelle nostre società occidentali, infatti, è un fatto palese, la persona disabile è generalmente ritenuta asessuata.

Nel libro su citato Shakespeare analizza 6 aree in cui le barriere strutturali si combinano con problemi personali, impedendo lo sviluppo emotivo e sessuale degli individui con disabilità (pp. 16-40).

1) *Ritardo o mancanza di socializzazione delle proprie esperienze emotive e sessuali.* Questo fenomeno sembra riguardare in modo particolare le donne con disabilità. La mancanza di aspettative da parte dei genitori di un normale sviluppo e manifestazione della sessualità di una figlia con disabilità produce una progressiva frustrazione o negazione dei suoi bisogni sessuali. Pertanto, nel momento in cui i bisogni erotico-affettivi si manifestano, inevitabilmente provocano nella famiglia imbarazzo e nella figlia disorientamento. La soluzione è spesso ricercata in aiuti esterni: «[Le donne disabili] parleranno di sesso ad un consulente o al prete, forse anche a uomini con disabilità, ma certo non ad altre donne» (p. 17).

2) *Segregazione in 'speciali' spazi educativi.* Per lungo tempo l'educazione di persone con disabilità è stata relegata al campo della 'pedagogia speciale o differenziale'. Essa è stata oggetto di severe critiche da parte del movimento dei disabili per la bassa qualità dell'educazione impartita e per la conseguente separazione dei bambini disabili dai non-disabili in spazi 'differenziali'. Questa segregazione spesso continua nell'età adulta, ingenerando nel processo di socializzazione la difficoltà di discorrere con serenità della propria sessualità e di condividere i propri bisogni affettivi sia con i propri pari, che con individui non-disabili.

3) *Assenza di educazione sessuale pubblica.* L'assenza di informazione può essere riconosciuta come uno dei maggiori ostacoli nella vita dei disabili: «A causa di una diffusa ignoranza, disinformazione, confusione e pressione tra gli stessi disabili, è importante che sia impartita una corretta informazione



sulla biologia del sesso, seppure contestualizzata in un più globale discorso coerente con la vita moderna» (p. 22).

4) *Barriere fisiche che rendono inaccessibili spazi e informazioni.* Troppo spesso si sono considerate le barriere fisiche solo come ostacoli architettonici, per un alloggio fruibile, per spazi accessibili, per il diritto al lavoro, per l'utilizzo dei trasporti, per il tempo libero facilitato, e raramente come ostacoli alle pari opportunità di un disabile rispetto ad un non-disabile di trovare un partner o di condividere spazi ricreativi, o semplicemente per la lettura o visione di sussidi erotici.

5) *Difficoltà di espressione della propria sessualità nelle istituzioni residenziali.* Così riassume Shakespeare questo genere di barriere: «Primo: dato che le persone disabili in ambienti istituzionalizzati sono spesso infantilizzate, è raro che sia loro permesso di esprimere la propria sessualità. Secondo: c'è un alto grado di vulnerabilità all'abuso fisico e sessuale. [...] Molte associazioni e operatori credono che il loro ruolo sia quello di proteggere l'innocenza delle persone disabili dal sesso, nonostante il dato di fatto che le istituzioni residenziali abbiano sempre avuto un più alto grado di incidenza di abusi sessuali » (pp. 33-34).

6) *Assistenza personale e bisogni sessuali.* La più generale disinformazione sulla sessualità, che sostiene il pregiudizio e alimenta la paura degli operatori professionali e assistenti volontari di persone con disabilità resta, a tutt'oggi, una delle cause maggiori dell'oppressione e frustrazione di una vita affettiva e sessuale di persone con disabilità che necessitano di una costante assistenza. Pur tuttavia facilitare l'esercizio della sessualità per tutte le persone con disabilità rimane una questione difficile e dibattuta.

Identità personale nella disabilità

All'interno di queste aree sociali, l'identità sessuale degli individui con disabilità si costruisce in un percorso non facile di affermazione di sé e della propria 'disability identity' e di confronto con l'immagine riflessa e introiettata della propria corporeità e del ruolo sociale.

Questo processo affermativo della propria disabilità non si esaurisce col 'venire a patti con la propria menomazione', overosia soltanto con l'autoaccettazione del proprio *destino*, ma si configura come un processo di affermazione della propria identità *sociale* di persona disabile, identità sociale quindi che deve fare i conti con i criteri normativi del riconoscimento sociale, politico ed economico di un *altro* individuo (Shakespeare, 1996, p. 50).

Susan Wendell (1996), nel suo libro *The Reject Body* dove rilegge la propria esperienza di disabilità alla luce delle teorie femministe, così racconta il suo percorso di riconoscimento di sé come una disabile:

«Il riconoscere me stessa come una disabile certamente ha richiesto che io cambiassi la mia 'auto-identità' e mi pensassi in un modo radicalmente



nuovo. Questo ha incluso di accettare la realtà (sebbene non la giustizia) del marchio di essere una malata cronica, specialmente la vergogna di essere incapace di compiere molte cose che le persone ancora si aspettavano che io facessi. Ciò ha richiesto anche che io reimmaginassi la mia vita con un nuovo corpo, assai più limitato e definitivamente scomodo, per poi riorganizzare il mio lavoro, la mia casa e le mie relazioni sociali al fine di rendere possibile questa differente vita. Tutto ciò fu difficile, ma un'altra cosa fu di grande aiuto per il cambiamento della mia identità. Compresi che avrei potuto dare un senso a tutto ciò che mi accadeva parlando con altre persone con disabilità e leggendo i loro libri o articoli. Questi infatti già sapevano come funzionava il marchio della disabilità e come affrontare la vita con una malattia o con delle limitazioni fisiche. In questo processo, in cui ho appreso da loro ciò che avevo bisogno di sapere, mi riconobbi come una di loro. Quando mi identificai come una persona con disabilità, non mi sentii più di combattere da sola» (pp. 26-27).

Già da queste righe si coglie il duplice livello, personale e sociale, che caratterizza il percorso di riconoscimento ed affermazione di sé di una donna disabile. Il livello sociale, poi, si contraddistingue, a sua volta, per un duplice percorso di differenziazione e appartenenza: una differenziazione dalle aspettative di quella comunità di persone *normali*, che si attendono e pretendono ancora comportamenti *normali*, comunità riconosciuta ormai drammaticamente come *altra* da sé, escludente e stigmatizzante, in mezzo a cui si rischia la solitudine; e quindi un'appartenenza ad una nuova comunità di persone *differenti*, attraverso il riconoscimento di quella *alterità* che la menomazione ha creato, dove la nuova identità di donna disabile è normalità condivisa nella lotta per la vita.

Jenny Morris (1991) trascrivendo i pensieri di Pam Evans, con cui ha condiviso il lavoro del suo libro, scrive riguardo al pregiudizio della normalità:

«Pam Evans [...] sostiene che l'idea della normalità è strettamente legata all'idea di ciò che è giusto, desiderabile e che ti appartenga.

Ella mi disse.

'Normale' implica ciò che corrisponde alla media in ogni struttura sociale. Quelli che non si conformano alla media in termini di apparenza, funzione, comportamento o credo non sono più 'normali'. Il grado che li separa dall'essere conformi indica la misura sulla quale essi saranno considerati con diffidenza, paura ed infine rigettati. Essi sono 'altro'. Essi non 'appartengono' perché non rappresentano più i valori collettivi dello status quo, sfidando il modo in cui la loro società è certa di essere nel giusto e ammirevole. [...]

È del tutto chiaro che – dal senso delle parole usate da Pam Evans – le persone disabili non sono normali agli occhi delle persone non-disabili. La nostra differenza è misurata sulla normalità e trovata mancante. Le nostre caratteristiche fisiche ed intellettuali non sono 'giuste' né 'ammirevoli' né



sono considerate 'appartenere' alla normalità. È di particolare importanza dichiarare ciò perché – avendo dato un tale significato all'anormalità – il mondo dei non-disabili assume che noi desideriamo essere normali, o di essere trattati come se lo fossimo. Ne consegue che ciò che è considerato progressista e liberante è l'ignorare le nostre differenze, perché esse sono portatrici di un tale significato negativo per le persone non-disabili. Ma noi *siamo* [corsivo nel testo] differenti. Noi rigettiamo i significati che il mondo dei non-disabili attribuisce alla disabilità, mentre non rigettiamo le differenze che costituiscono una parte così importante della nostra identità » (pp. 15-17).

Successivamente Jenny Morris indica due fattori che determinerebbero la differenziazione dei disabili dai non-disabili: primo, la differenza fisica o psichica della persona con disabilità rispetto a ciò che è considerata la norma della media delle persone; secondo, la necessità del soddisfacimento di bisogni supplementari per il raggiungimento di una buona qualità della vita rispetto ai bisogni standard dei non-disabili.

Non è difficile allora immaginare come la sfida lanciata dal movimento dei disabili per il riconoscimento della propria identità trovi collegamenti con altri movimenti di lotta per l'affermazione del diritto alla differenza contro ogni forma di oppressione e discriminazione sociale (Stone, 1995; Erevelles, 1996; Humphrey, 1999).

D'altra parte, essendo la disabilità una condizione che attraversa ogni altro gruppo che si riconosce per differenze di razza, genere, classe e orientamento sessuale (per l'ovvia considerazione che si può essere disabili maschi o femmine, bianchi o neri, eterosessuali od omosessuali) ne consegue che il soggetto disabile subisce un aumento esponenziale del disagio per la complessità delle circostanze che lo marginalizzano. Infatti, una visione polare e gerarchica della realtà nel mondo patriarcale occidentale – cosicché la disabilità di una donna nera lesbica è esponenzialmente più drammatica, a parità di condizioni ambientali, di quella di un uomo bianco eterosessuale – determina una gerarchizzazione delle differenze, che si manifesta socialmente nella discriminazione, per riflettersi poi tra i sotto-gruppi delle comunità socialmente discriminate.

Per cui atteggiamenti più o meno palesi di razzismo, sessismo ed eterosessismo costituiscono un problema ulteriore per l'inserimento sociale di un disabile non solo all'interno della comunità umana in generale, ma all'interno delle stesse comunità dei disabili (Morris, 1991; Campbell e Oliver, 1996). Così pure è manifesta una gerarchia delle disabilità all'interno del movimento dei disabili che tende a svalutare le disabilità mentali, sovente ignorate anche dai modelli teorici sulla disabilità (Oliver, 1990; Thompson, Bryson, De Castell, 2001). Non di meno risulta difficile per una donna disabile ricavarsi uno spazio o trovare eco negli studi sulle donne (Fine e Asch, 1988; Morris, 1991; Hillyer, 1993; Tremain, 1996; Wendell, 1996; Albrecht, 1997;



Castelnuovo e Guthrie, 1998; Thomas, 1999). Ancora più accentuata è poi l'esclusione e il disinteresse delle comunità Lesbo-Gay-Bisessuali [LGB] per gli individui LGB con disabilità mentali, dove la più comune nozione di solidarietà sembra essere stata dimenticata:

«È così profondamente ironico che gli atteggiamenti di molte comunità lesbiche e gay verso le persone disabili riecheggino quelli del mondo eterosessuale verso le stesse lesbiche e gay. Questo genere di sentimenti, combinato con una generale atmosfera di intimidazione di molte sedi lesbiche e gay e con l'insicurezza di molte persone disabili, contribuisce all'isolamento tanto spesso sperimentato di disabili lesbiche e gay» (Shakespeare, Gillespie-Sells, & Davies, 1996, p. 164).

È comprensibile, dunque, come mai esista un gruppo come l'UNISON fondato sul principio secondo cui chiunque si autodefinisca disabile è eleggibile come membro del gruppo (Humphrey, 2000).

Stereotipia sessuale sulla disabilità

Accanto al percorso di 'coming-out' della propria disabilità il soggetto disabile deve far fronte a tutta una serie di stereotipi sociali che minacciano e negano la costruzione dell'immagine di sé come una persona amabile ed amante, con un corpo eroticamente attraente e sessualmente appetente ed appetibile. Nel percorso, infatti, che abbiamo tratteggiato circa la costruzione della propria identità di disabile fisico o mentale, l'individuo deve fronteggiare tutta una serie di stereotipi riguardanti il proprio corpo e la sua sessualità:

«Il più grande ostacolo che deve affrontare una persona per una piena partecipazione sociale non è i suoi difetti fisici, quanto piuttosto l'intreccio di miti, paure e fraintendimenti che la società gli ha messo addosso» (Murphy, 1995, p. 140).

Significativa, e quanto mai corrispondente al vero, è la lista di presupposizioni dei non-disabili circa la sessualità dei disabili propostaci di nuovo da Pam Evan:

«Che noi siamo asessuate, o tutt'al più sessualmente inadeguate.

Che noi non possiamo ovulare, mestruare, concepire o mettere al mondo, avere un orgasmo, un'erezione, un'ejaculazione, o essere incinte.

Che se noi non siamo sposate o in una relazione a lungo termine è perché nessuno ci vuole e non per una nostra scelta personale di rimanere single o di vivere da sole.

Che se noi non abbiamo un figlio ciò deve essere la causa di una terribile pena e non ugualmente mai per una scelta.

Che ogni persona normodotata che ci sposa deve averlo fatto per uno dei seguenti presunti motivi e mai per amore: per il desiderio di nascondere la propria inadeguatezza rispetto a quelle ovvie del partner disabile; per un

desiderio santo e altruistico di sacrificare le loro vite alle nostre cure; per una qualche sorta di nevrosi o per un modo antiquato di procacciarsi fortuna.

Che se noi abbiamo una partner che è anche disabile, non ci siamo scelti per nessuna ragione, e non certo per una qualche qualità che noi potremmo possedere. Quando in questo modo scegliamo uno “del nostro stesso genere” il mondo normodotato si sente sollevato, fino a che, ovviamente, noi non desideriamo avere figli; allora siamo visti come irresponsabili» (Morris, 1991, pp. 20-21).

Ampia attenzione è stata dedicata dalla letteratura anglosassone all'analisi dei pregiudizi che alimentano le ragioni dell'esclusione da parte della comunità dei non-disabili. Questi pregiudizi vengono raccolti sotto il termine di 'myths about disability'. Come ogni mito, la cui funzione è quella di fondare le cose come sono perché siano come sono (Brellich, 1966), così anche quelli connessi alla sessualità dei disabili tendono a giustificare il comportamento delle persone non-disabili minacciate dalla diversità del disabile. La diversità di un corpo o di una mente di una persona con disabilità suscita paura e disorientamento, sfaldando quei valori su cui si fondano i significati (apparenti) della vita: ciò che è amabile deve essere bello, ciò che è bello deve essere perfetto, ciò che è imperfetto non è bello, ciò che non è bello non è amabile, ciò che non è amabile è cattivo, ciò che è cattivo è brutto, il brutto è malefico.

Anche se non è questo lo spazio per discutere dell'influenza dei modelli etico-religiosi sulla disabilità (vedi a proposito: Clapton, 1997; Rose, 1997; McCarthy, 1999; Miles, 2000), è tuttavia facile riscontrare l'opinione secondo cui un corpo menomato è indice di una bruttura (peccato) interiore (morale); pertanto, il mito di una perfezione fisica che richiama la purezza e la bontà divina, di antichissima memoria, si riscontra molto spesso a fondamento di pregiudizi sulle cause della menomazione (Stone, 1995). Allo stesso modo funzionano i pregiudizi che si alimentano di alcuni miti sulla disabilità.

Molti degli stereotipi legati alla sessualità e al corpo delle persone con disabilità possono essere compresi da due miti prevalenti e correlati: il mito della 'perfezione fisica' e il mito della 'asessualità' (Thompson, Bryson, De Castell, 2001). Il primo è quello definito come «il mito ritiene che noi possiamo e dobbiamo lottare per raggiungere un perfezione fisica» (Stone, 1995, p. 413); il secondo è quello che giustifica la presunzione di un'assenza di esperienze erotico-affettive nei disabili (Shakespeare, Gillespie-Sells, & Davies, 1996).

Questi due miti sono poi evidentemente rafforzati da tutta una serie di stereotipi (o miti) che invece informano la comprensione e l'agire delle persone 'normali' e che si riferiscono a tutto ciò che riguarda l'identità e l'orientamento sessuale: i miti *sull'omosessualità*, sulla *(presunzione di) eterosessualità* (Thompson, Bryson, De Castell, 2001) e sulla *fucking ideology* (Shakespeare,

Gillespie-Sells, Davies, 1996). Ne consegue che per molti individui con disabilità l'esercizio della propria sessualità risulta talmente difficile da diventare impossibile:

«Tra gli scrittori e attivisti 'anti-ableist', c'è un'opinione comune: che le persone non disabili generalmente considerano le persone disabili come esseri asessuati. Sebbene questa falsità degradi tutte le persone disabili, tuttavia essa ha uno speciale effetto umiliante sulle lesbiche disabili. La ragione che provoca questo è la seguente: se si assume che le persone disabili sono asessuate, allora non si può concepire l'esistenza di lesbiche disabili. Cioè, come dire, se le persone disabili sono considerate come esseri asessuati, e se le identità lesbiche sono identità sessuate, allora le identità lesbiche disabili sono concettualmente impossibili (non esistono). Apparentemente, la categoria di "persona disabile" e la categoria di "lesbica" sono reciprocamente escludenti: o sei una persona disabile (asessuata), o sei una lesbica (sessuata)» (Tremain, 1996, pp. 15-16).

Strategie d'intervento per una sana manifestazione dell'affettività dei disabili

Che tipo di strategie di intervento sono state individuate per far fronte agli ostacoli ambientali e promuovere così un sano sviluppo della vita sessuale ed affettiva delle persone con disabilità? Ovviamente, coerentemente con il modello sociale, l'interesse si sposta da strategie psicoterapeutiche indirizzate al disabile e alla famiglia di appartenenza, per rivolgersi ad aree sociali molto più vaste al fine di rimuovere quelle barriere ambientali che impediscono il percorso creativo ed espressivo, affettivo ed erotico di ogni persona. Non stupisce allora se il più famoso maestro del modello sociale, Michael Oliver (1996), nel libro *Understanding Disability*, titoli uno dei capitoli, nel quale esplora i modi in cui la cultura e i servizi riabilitativi producono una particolare visione del mondo, *'Rehabilitating Society'*. Secondo questa prospettiva l'analisi interculturale (vedi per esempio: (Murphy, Scheer, Murphy, Mack, 1988; Ingstad e Whyte, 1995), e la critica di politiche disabilizzanti, costituiscono il primo e fondamentale impegno di liberazione e promozione per un miglioramento della qualità della vita.

Contestualmente ad un'azione sulle macro strutture ambientali, è necessario operare in quegli ambienti in cui si intessono i rapporti quotidiani e si manifestano i bisogni affettivi e sessuali delle persone con disabilità. Tutti gli autori da noi citati condividono la necessità che per prima cosa si restituisca la parola su sessualità e disabilità a quanti la vivono nella loro personale esperienza di disabili. Il primo passo da tutti auspicato è che innanzitutto della sessualità dei disabili a parlarne siano gli stessi disabili, perché i loro bisogni da inespressi diventino colloquio e condivisione di vita. In questo modo si supererebbe uno dei più radicati pregiudizi circa la sessualità delle persone disabili, quello cioè di supporre che ogni manifestazione erotico-affettiva di



un disabile, in quanto contraddice le aspettative sociali e culturali di una sua presunta asessualità, è da considerarsi abnorme, perversa, malata e che dunque debba essere affidata allo studio e all'intervento di un'oligarchia di esperti e professionisti 'normali'.

La nostra indagine dunque intende tener presenti alcuni elementi emersi dal dibattito su sessualità e disabilità fin qui esposto:

1. che lo sviluppo dell'identità sessuale e dell'immagine del proprio corpo come corpo sessuato di un soggetto con disabilità è in larga parte condizionato, compromesso e frustrato da stereotipi sociali riconducibili a miti discriminanti comunemente diffusi anche nelle nostre regioni;

2. che la sessualità di una persona con disabilità deve essere riletta all'interno di quelle specifiche e differenti esperienze di cui gli individui con disabilità sono gli unici testimoni. Nella misura in cui la persona con disabilità manifesta abilità fisiche, psichiche, spirituali, artistiche e culturali specifiche, *altre* da quelle di una cultura occidentale, bianca, patriarcale, eterosessista, fallocentrica, medio-boghese, la diversità di prospettiva che nasce dal corpo e dalla mente di un disabile è un'*altra*, differente (e nella sua differenza, criticamente dialettica) visione del mondo e, di conseguenza, della normalità di un corpo e dei suoi bisogni e funzioni.

3. che la sessualità di un disabile attraverso il suo modo di sentire e vivere i bisogni del suo corpo come sessuato, amabile e amante, *altera* gli stereotipi della normalità, del concetto di 'natura', di 'fisiologico', di 'sessuologico' affermando la differente bellezza naturale, esperienziale e sessuale di una normalità della devianza, di un'ontologica contro-naturalità dell'esserci.

Questi tre punti, esprimono non solo un punto d'arrivo delle analisi precedentemente svolte su sessualità e disabilità in prospettiva sociale, ma un percorso di ricerca che si va svolgendo a livello mondiale.

L'identità sessuale profonda di soggetti disabili

La rilevazione delle diverse configurazioni dell'*identità sessuale profonda* (per definizione e approfondimenti del concetto si rinvia alla seconda parte) di soggetti disabili mentali, pone immediatamente delle questioni circa la natura di tale identità nella persona disabile mentale, in quanto considera la disabilità mentale come una variabile del processo identificativo. Ritenerne la disabilità mentale una variabile, non vuol dire, ovviamente, sostenere in modo preconcepito che la sessualità del disabile sia *differenziale* o *handicappata*.

Prendendo le mosse da un approccio psicologico relazionale, che considera l'individuo e il suo ambiente in un mutuo rapporto di competitività e adattamento, categorie come quelle di *normalità* o *differenza* difficilmente riescono a riconoscere e spiegare le caratteristiche dinamiche dell'identità



sessuale, senza ridurle a stereotipi culturali o a mere variazioni dello sviluppo fisiologico.

Piuttosto, la nostra indagine suppone che nel processo multideterminato in cui un individuo s'identifica sessualmente in relazione col suo ambiente, la disabilità mentale può comportare effetti peculiari nella determinazione del rapporto intrasistemico individuo-ambiente.

In altre parole – per limitarci alle sole transazioni che si verificano nel nucleo familiare – il modo in cui un genitore percepisce e comprende il proprio figlio disabile determina non solo il comportamento della madre e del padre verso il figlio ma, anche e reciprocamente, il comportamento di quest'ultimo. La “ferita narcisistica” alla fantasia proiettiva di una madre, procurata dalla consapevolezza che il *figlio ideale* che attendeva come pieno soddisfacimento della sua femminilità di donna e madre non è tale, perché handicappato dalla nascita, non può non interferire nel soddisfacimento del bisogno di contatto e di affetto del neonato. Il modo in cui le figure parentali comprendono la presenza del figlio costituiscono per questo, a livello inconscio, uno stimolo a comportarsi in conformità al modo in cui è percepito dai genitori, al fine di ottenere il massimo di soddisfazione del suo bisogno di affetto e contatto (Baldaro Verde, Govigli, Valgimigli, 1987; Federici, 1998, 2001).

La relazione genitore/figlio è inevitabilmente turbata dalla disabilità del bambino. Tuttavia, la possibilità di comprendersi come una persona disabile è data dalla percezione che del figlio hanno avuto i genitori e l'ambiente. In un villaggio di sordi l'individuo potrà anche arrivare alla comprensione dell'assenza dell'udito, ma non certo della sordità come un handicap (Groce, 1985), supponendo che i genitori abbiano atteso, ricevuto e riconosciuto il loro bambino sordo *come loro*.

Trasponendo quanto detto nell'area dell'adattamento e differenziazione sessuale, dove entrano in gioco i processi d'identificazione di tipo analogico (Olivetti Belardinelli, 1971, pp. 140-142), dobbiamo supporre che la percezione del proprio figlio/a come un/a *disabile* e la progressiva appercezione di sé del figlio/a come *diverso*, debbano influire sulle caratteristiche dell'*identità sessuale profonda*. La disabilità, come elemento perturbante l'equilibrio intrasistemico, agisce sia nella configurazione della sessualità di un figlio *disabile*, sia nella riconfigurazione dell'identità sessuale dei genitori di un disabile.

Com'è facile osservare, la sessualità di un soggetto handicappato è in grado di stimolare risposte *estreme* da parte dei suoi interlocutori sani: da quella di chi, avendo una visione distorta del proprio corpo e del piacere sessuale, arriva a negare la sessualità dell'handicappato, fino a quella di colui che, soffrendo di un maniacale eccitamento erotico, arriva allo sfruttamento sessuale del disabile (Federici 1998, 2001).



Di conseguenza, sapere che una disabilità fisica o psichica non ha compromesso lo sviluppo sessuale di una persona dal punto di vista anatomico-fisiologico, non ci autorizza a pensare che la sua identità sessuale si conformi alle caratteristiche degli stereotipi sessuali ritenuti normali.

La rilevazione delle influenze dell'educazione sessuale

Dal momento che il processo adattivo dell'identità sessuale di un disabile mentale risulta influenzato dalla visione e dagli agiti sessuali di quanti con lui interagiscono, dal modo in cui egli viene manipolato, curato e stimolato, fino al tipo di regolamentazione sociale ed etica sull'agire sessuale che normalizzerà il suo comportamento, dipende la valutazione personale di sé in relazione intrasistemica con l'ambiente e la conseguente scelta dei modi, dei mezzi e dei tempi in cui il suo bisogno sessuale/affettivo può ottenere risposte economicamente soddisfacenti.

Inoltre, ritenendo che l'identità sessuale sia un *organizzatore cognitivo*, educare la sessualità significa guidare l'individuo ad un miglioramento delle sue capacità cognitive, attraverso uno sviluppo della propria intelligenza affettiva: più capaci d'amare ed essere amati, più in grado di capire e di essere capiti. Di conseguenza, si presume che un percorso di educazione sessuale per disabili mentali si affiancherebbe in maniera congrua ed opportuna ad ogni altro percorso di riabilitazione e promozione per l'autonomia.

Bibliografia

- Albrecht, G. (1997). Women and disability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2(4), 200-202.
- Baldaro Verde, J., Govigli, G., Valgimigli, C. (1987). *La sessualità dell'handicappato*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Brelich, A. (1966). *Introduzione alla storia delle religioni*. Roma: Edizioni dell'Ateneo & Bizzarri.
- Campbell, J., Oliver, M. (1996). *Disability Politics. Understanding Our Past, Changing Our Future*. London: Routledge.
- Castelnuovo, S., Guthrie, S. R. (1998). *Feminism and the female body: liberating the Amazon within*. Boulder, Colorado: Rienner.
- Clapton, J. (1997). Disability, inclusion and the Christian Church: practice, paradox or promise. *Disability and Rehabilitation*, 19(10), 420-426.
- Erevelles, N. (1996). Disability and the Dialectics of Difference. *Disability & Society*, 11(4), 519-537.
- Federici, S. (1998). *Fenomenologia dell'Educazione sessuale di persone handicappate in Italia*. Unpublished doctoral dissertation, Università degli Studi Roma Tre, Roma.



- Federici, S. (2001). Metodi e tecniche dell'educazione sessuale nei portatori di handicap in Italia. Indagine fenomenologica e progetto d'intervento. *Ciclo Evolutivo e Disabilità/Life Span and Disability*, 4(1), 33-57.
- Fine, M., Asch, A. (1988). *Women with Disabilities: essay in psychology, culture, and politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and Disabled People*. New York: World Rehabilitation Fund.
- Groce, N. E. (1985). *Everyone Here Spoke Sign Language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hasler, F. (1993). Developments in the disabled people's movement. In J. Swain, S. French, V. Finkelstein, & M. Oliver (Eds), *Disabling Barriers, Enabling Environments*. London: Sage.
- Hillyer, B. (1993). *Feminism and Disability*. Norman and London: University of Oklahoma Press.
- Hughes, B., Paterson, K. (1997). The Social Model of Disability and the Disappearing Body: towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), 325-340.
- Humphrey, J. C. (1999). Disabled people and the politics of difference. *Disability & Society*, 14(2), 173-188.
- Humphrey, J. C. (2000). Researching disability politics, or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society*, 15(1), 63-85.
- Ingstad, B., Whyte, S. R. (1995). *Disability and Culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- McCarthy, M. (1999). *Sexuality and Women with Learning Disabilities*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Miles, M. (2000). Disability on a Different Model: glimpses of an Asia heritage. *Disability & Society*, 15 (4), 603-618.
- Morris, J. (1991). *Pride Against Prejudice: Transforming attitudes to disabilities*. Philadelphia, PA: New Society Publishers.
- Murphy, R. F., Scheer, J., Murphy, Y., Mack, R. (1988). Physical disability and social liminality: a study in the rituals of adversity. *Social Science and Medicine*, 26(2), 235-42.
- Murphy, R. (1995). Encounters: The Body Silent in American. In B. Ingstad, & S. R. Whyte (Eds), *Disability and Culture* (pp. 140-158). Berkeley, CA: University of California Press.
- Nosek, M. (1993). Political Responses to Long Term Disability. In G. Whiteneck, & S. Charlifue (Eds.), *Aging with Spinal Cord Injury* (pp. 263-274). New York: Demos Publications.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. New York, NY, US: St Martin's Press, Inc.
- Olivetti Belardinelli, M. (1971). *Identificazione e proiezione*. Bologna: Cappelli.
- Olivetti Belardinelli, M. (1982). Per la Misura dell'Identità Sessuale Profonda:



- Rivalidazione di Costrutto del Franck Drawing Completion Test. *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale*, 9, 7-88.
- Olivetti Belardinelli, M. (1994). Modalità di Analisi e di Interpretazione del Franck Drawing Completion Test per la Misura dell'Identità Sessuale Profonda. *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale*, 11, 131-174.
- Olivetti Belardinelli, M., Del Miglio, C. M., Fedeli, L. (1990). Gender Self Categorization: Checking a Recursive Interdependence Model between Deep Sexual Identity and Gender Self Schema. *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale*, 4, 27-43.
- Rose, A. (1997). "Who Causes the Blind to See": disability and quality of religious. *Disability & Society*, 12(3), 395-405.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., Davies, D. (1996). *The Sexual Politics of Disability: Untold desire*. London: Cassell.
- Stone, S. D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability & Society*, 10(4), 413-424.
- Thomas, C. (1999). *Female Forms: Experiencing and understanding disability*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Thompson, S. A., Bryson, M., De Castell, S. (2001). Prospects for Identity Formation for Lesbian, Gay, or Bisexual Persons with Developmental Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(1), 53-65.
- Tremain, S. (1996). We're Here. We're Disabled and Queer. Get Used to It. In S. Tremain (Ed.), *Pushing the Limits: Disabled dykes produce culture* (pp. 15-24). Toronto: Women's Press.
- Upias, The Disability Alliance. (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London: Union Of The Physically Impaired Against Segregation.
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist philosophical reflection on disability*. New York: Routledge.

