



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Triennale in
Scienze Psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali

Tesi di laurea Triennale

Autoefficacia e processi motivazionali nelle persone ipoacusiche

Self-efficacy and motivational processes in people with hearing disabilities

Relatore

Prof. Barbara Arfé

Correlatore esterno (se presente) **

Dott./Prof.

Laureando/a: Margherita Orzes

Matricola: 1194774

Anno Accademico 2021-2022

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1 – La teoria dell’autoefficacia	4
1.1 Agentività umana e processi motivazionali nella teoria Sociocognitiva.....	4
1.2 Autoefficacia percepita: una definizione.....	5
1.3 Impotenza appresa.....	8
CAPITOLO 2 – L’ipoacusia	9
2.1 Una definizione.....	9
2.2 Sintomatologia e diagnosi.....	10
CAPITOLO 3 – Analisi evolutiva dell’autoefficacia nelle persone ipoacusiche	12
3.1 Prime esperienze di agentività.....	12
3.2 Acquisizione del linguaggio ed inserimento scolastico.....	13
3.2.1 Conseguenze a lungo termine di uno scarso senso di autoefficacia nei bambini ipoacusici..	15
3.3 La sfida dell’adolescente ipoacusico: tra relazioni con i pari ed inserimento sociale.....	16
3.4 Gli adulti ipoacusici e la realizzazione in ambito lavorativo.....	18
3.5 Il mantenimento dell’autonomia nell’anziano ipoacusico.....	20
3.5.1 La lotta dell’anziano ipoacusico contro l’auto-stigmatizzazione.....	22
CAPITOLO 4 – L’importanza contestuale nella gestione dell’ipoacusia	24
4.1 L’autoefficacia genitoriale per la gestione dell’ipoacusia infantile.....	24
4.2 Un adeguato ambiente scolastico per bambini ipoacusici.....	25
4.3 Il patto cooperativo fra ambiente di lavoro ed adulto ipoacusico.....	26
4.4 Perdita dell’udito in età adulta: supporto familiare per prevenire l’isolamento sociale.....	26
CONCLUSIONI	28
BIBLIOGRAFIA	29
SITOGRAFIA	31

INTRODUZIONE

L'autoefficacia percepita è un costrutto psicologico che indica la percezione delle proprie capacità relative ad un ambito di azione specifico. Durante la crescita e lo sviluppo della persona, la percezione di avere efficacia sul proprio ambiente influenza il senso di agentività ed i processi motivazionali. Una parziale o totale compromissione di un'abilità sensoriale come l'udito può ripercuotersi su numerose aree del proprio funzionamento, configurandosi come un ostacolo al senso di agentività della persona ipoacusica.

Il presente elaborato si struttura in quattro capitoli. Nei primi due vengono descritti teoricamente e separatamente il costrutto di autoefficacia e la condizione di ipoacusia. L'elaborato procede con un'analisi delle possibili difficoltà che le persone ipoacusiche riscontrano durante le diverse fasi della vita e le ripercussioni che queste hanno sul loro funzionamento personale e sociale. In conclusione, nell'ultimo capitolo vengono presentate delle proposte concrete di intervento sull'ambiente circostante la persona ipoacusica con il fine di promuovere un contesto sano per la riabilitazione.

Lo scopo di questo studio è da un lato quello di analizzare le possibili conseguenze della condizione di ipoacusia, dall'altro quello di sottolineare l'importanza del contesto nel quale il soggetto ipoacusico si trova nella gestione di tale patologia.

Capitolo 1

LA TEORIA DELL'AUTOEFFICACIA

1.1 Agentività umana e processi motivazionali nella teoria Sociocognitiva

Le persone influiscono sulle proprie azioni, ma non le determinano completamente. Le azioni sono infatti riconducibili ad un intreccio di tre classi principali di cause. L'agentività umana opera all'interno di una relazione triadica fra comportamento, fattori personali ed eventi ambientali. Il legame che intercorre fra questi tre fattori è di causazione reciproca, ovvero un evento è dipendente dagli altri due, e bidirezionale, in quanto un fattore subisce l'influenza degli altri e ha influenza su di loro (Bandura, 2000).

Secondo Albert Bandura inoltre distinguere il Sé personale dalla Società, come se appartenessero a due realtà separate, è privo di senso. Così come il Sé è immerso e costantemente in interazione nella società in cui vive, così le istituzioni ed il contesto sociale sono stati strutturati e funzionano grazie alle singole persone (Bandura, 2000). Dunque, quando si indagano le motivazioni dell'agire umano e non si prendono in considerazione gli aspetti sociali e contestuali ma solo il comportamento e le disposizioni personali, la valutazione risulta insufficiente.

Nella teoria sociocognitiva di Albert Bandura vi sono quattro proprietà principali dell'agentività umana: l'intenzionalità, che permette alla persona di prefissarsi un obiettivo e delinearlo; la valutazione dell'agentività legata al fattore temporale, che accompagna l'uomo nell'ideazione della successione di azioni che porteranno ad un certo risultato nel tempo; l'autoregolazione, dovuta ad una valutazione continua dei risultati ottenuti grazie alle proprie azioni; l'autoriflessione, che permette di analizzare le proprie azioni e riflettere sui propri processi di pensiero (Bandura, 2008).

Le pulsioni spingono l'azione mentre gli incentivi previsti la attirano – Bolles, 1975¹

Aumentare la propria percezione di competenza nelle aree in cui una persona ha controllo può migliorare nettamente la qualità di vita percepita. Il controllo personale è ciò che permette di poter ideare un evento e strutturarlo a proprio piacimento. Questa percezione di controllo influisce sugli

¹ Citazione presente nel libro "Autoefficacia" di Bandura (2000).

obbiettivi sfidanti che una persona si prefissa e sulla motivazione nel conseguimento dei risultati desiderati. I processi motivazionali che spingono per l'acquisizione di competenza in uno specifico dominio, e quindi all'attuazione di una determinata azione, sono frutto dell'interazione fra due parti: da un lato un incentivo esterno che spinge la persona verso l'*azione mirata*, dall'altro una pulsione interna di controllo che la porta ad *agire*. Quest'ultima è una caratteristica umana che motiva la tendenza a perseguire obbiettivi che non garantiscono una ricompensa immediata.

Se scelto un obbiettivo sfidante, la persona persevera nelle difficoltà ed ha successo, questo risultato non solo accresce l'autoefficacia percepita ma può anche determinare un forte miglioramento del concetto di sé, della propria autostima e della qualità di vita percepita.

1.2 Autoefficacia percepita: una definizione

“La fiducia in sé stessi non assicura il successo, ma la mancanza di fiducia origina sicuramente il fallimento” - Albert Bandura, 1995

Il costrutto di autoefficacia ricopre un ruolo centrale nella teoria Sociocognitiva di Albert Bandura. L'autoefficacia percepita è una capacità generativa umana che risulta determinante nei processi motivazionali ed influisce sulle scelte di azione contestualizzata, ovvero sull'agentività umana. L'autoefficacia non può né essere identificata come l'insieme delle abilità che una persona possiede né come l'effetto che ha sul Sé la somma dei risultati conseguenti le proprie azioni. Una disposizione personale di autoefficacia è invece definibile come un sistema dinamico di convinzioni sulle capacità relative ad uno ambito d'azione contestualizzato (Bandura, 2000).

Le credenze sulle proprie capacità e le conseguenti azioni sono dovute all'interazione fra quattro aree del funzionamento psicologico: l'area cognitiva, che regola la percezione di capacità specifiche; i processi motivazionali, legati alle aspettative di riuscita; i processi affettivi, che possono influire sulla percezione di autocontrollo; i processi di selezione, che determinano le scelte relative all'ambiente in cui una persona desidera compiere l'azione (Bandura, 2008).

La teoria dell'autoefficacia promuove una visione attiva della condizione umana in cui l'uomo ha un'influenza sulle proprie azioni e sulla determinazione della propria vita (Bandura, 2000).

Un obbiettivo può essere perseguito attraverso tre principali modalità, grazie a tre diversi tipi di autoefficacia: personale, per procura e collettiva. Fra questi, quello che permette di prefissarsi un obbiettivo e conseguire il risultato desiderato in prima persona è detto autoefficacia personale. Nel contesto politico, nell'ambiente sociale, nella relazione genitore-figlio e fra partner, è inoltre possibile ottenere un risultato desiderato grazie alle azioni di una persona che funge da rappresentante. Il tipo

di autoefficacia che lo permette è chiamato per procura e la sua intensità viene valutata a seconda dell'influenza che una persona ha nei confronti del suo rappresentante. Un ultimo tipo di autoefficacia è quella collettiva, che implica obiettivi di gruppo ed impegno comune (Bandura, 2012).

Compiuta un'azione ed ottenuto un certo effetto, i risultati possono influire positivamente, negativamente o lasciare invariata la percezione di competenza. Il giudizio che una persona attribuisce all'esperienza è infatti dovuto alla percezione di impegno profuso nell'azione, allo standard personale, alla difficoltà del compito e allo stile attributivo, che determinano il vivere un risultato come un successo o un insuccesso (Bandura, 2000). Riguardo a ciò, è bene sottolineare che, nonostante una persona agisca con l'intenzionalità di ottenere un risultato sperato, ovvero a seconda delle proprie convinzioni, vi è una distinzione fra il risultato che la persona desidera ottenere attuando un comportamento e le effettive conseguenze che quel comportamento avrà. Spesso infatti le aspettative di risultato non hanno molta validità predittiva (Bandura, 2000).

Il giudizio di autoefficacia successivo ad un'azione dipende dunque anche dalle attribuzioni da parte della persona agente. Secondo il modello di Weiner l'attribuzione causale ha tre dimensioni: il locus of control, ovvero se la persona attribuisce ad una causa interna o esterna il verificarsi di un evento; la stabilità, che determina la prevedibilità o meno di un evento; la controllabilità, ovvero il grado di influenza che una persona sente di aver avuto sull'attuarsi di un risultato (Mason, 2000).

Dato che l'acquisizione di competenze negli specifici compiti comporta una determinata percezione di autoefficacia e che essa è dipendente dal contesto, dai risultati e da varie fonti di informazione che caratterizzano l'esperienza, vi sono alcune strategie attuabili grazie a cui essa può essere accresciuta: l'esperienza di mastery, l'esperienza vicaria, la persuasione verbale, l'esperienza affettiva e l'esperienza immaginativa (Bandura, 2000).

1. L'esperienza diretta di padroneggiamento, o mastery, è la fonte di informazione maggiormente influente sulla percezione di autoefficacia. Dunque, se un susseguirsi di insuccessi può avere un impatto negativo sulla valutazione delle proprie capacità, un susseguirsi di successi può accrescere il proprio giudizio di competenza. Tanto più il compito viene considerato con un alto livello di difficoltà e viene affrontato con impegno e perseveranza, tanto più il successo in tale compito influenzerà ulteriormente il senso di autoefficacia.

2. L'esperienza vicaria è quella che deriva dall'osservazione di persone considerate simili. Questo tipo di esperienza ricopre un'importanza cruciale nei processi autovalutativi di autoefficacia. Il giudizio sulle proprie capacità relative ad un compito viene valutato da una persona anche paragonando le proprie prestazioni con le prestazioni del proprio gruppo di riferimento. L'esperienza vicaria è talmente influente che può annullare l'effetto dell'esperienza diretta di padroneggiamento. Infatti, anche se il senso di autoefficacia potrebbe risentire di un incremento grazie ad un successo,

se questo risultato è lo stesso di tutti i pari, il compito potrà essere ritenuto troppo facile o le abilità troppo diffuse.

3. Data l'importanza delle valutazioni esterne sulla percezione di autoefficacia, una terza fonte che influisce su di essa può essere la persuasione verbale. Questa tecnica consiste nella persuasione sociale ovvero un feedback valutativo positivo sulle capacità della persona, che può incoraggiarla a cimentarsi con maggiore impegno nel compito.

4. Inoltre, il giudizio di autoefficacia subisce l'influenza degli stati affettivi ed emozionali. Se un compito viene considerato troppo facile o è stato svolto dalla persona innumerevoli volte, il livello di attivazione sarà basso. Se lo svolgimento del compito viene ritenuto impossibile lo stato di attivazione sarà talmente alto da portare ad una difficoltà nel controllo e mantenimento di uno stato affettivo regolato. Se il compito viene ritenuto una sfida affrontabile per l'individuo il livello di attivazione sarà tale da spronarlo a mantenere un buon livello di concentrazione. Questo livello di difficoltà è il migliore per promuovere lo sviluppo e preservare una buona percezione delle proprie capacità.

5. Infine, le esperienze immaginative possono influire sulla percezione di autoefficacia. Questa tecnica consiste nell'immaginare se stessi come vincenti in un determinato contesto (Bandura, 2000).

L'autoefficacia deve essere distinta da altri costrutti quali il concetto di sé e l'autostima.

Il concetto di sé riguarda delle credenze globali che l'individuo ha di sé stesso, queste convinzioni sono dovute all'esperienza diretta e ad alcune valutazioni di persone rilevanti per lui. Il concetto di sé può in parte riflettere le convinzioni di autoefficacia ma, data la sua natura dominio-generale, non può rappresentare completamente la complessità delle specifiche convinzioni di autoefficacia (Bandura, 2000).

Inoltre, nonostante l'interazione fra autostima ed autoefficacia sia frequente, esse costituiscono fenomeni differenti e non possono essere sovrapposte. L'autoefficacia è un termine legato alle convinzioni che una persona ha sulle proprie capacità, mentre l'autostima rappresenta il valore che una persona si attribuisce globalmente. Il fatto che il soggetto si percepisca come scarsamente efficace in un determinato compito può comportare una svalutazione personale o non avere alcun effetto sulla percezione di piacevolezza che ha nei confronti di sé stesso. Perciò fra queste due componenti del Sé non intercorre una relazione stabile e prevedibile (Bandura, 2000).

A differenza di due fattori come il concetto di sé e l'autostima, l'autoefficacia percepita è dominio-specifica: una persona può percepirsi molto capace in un compito e priva di capacità per svolgerne un altro (Bandura, 2000).

1.3 Impotenza appresa

Il concetto di impotenza appresa descrive la tendenza umana ed animale a limitare o cessare le proprie azioni quando si percepisce di non avere nessun controllo sulla modificazione o sul verificarsi di evento avverso (Maier & Seligman, 1976).

La percezione di impotenza influisce su vari processi del funzionamento della persona. Da un punto di vista motivazionale, la percezione di impotenza ostacola la scelta di agire. Da un punto di vista cognitivo comporta il dislegarsi delle relazioni cognitive causali fra un'azione scelta e un possibile risultato. Inoltre, gli effetti dell'incontrollabilità di eventi avversi possono avere delle ripercussioni anche sulla sfera emotiva, danneggiandola (Maier & Seligman, 1976).

Seligman, teorico cognitivista, afferma che ciò che intercorre fra l'informazione sulla situazione contingente ed il comportamento è la cognizione della contingenza stessa. Gli stimoli provenienti dalla realtà esterna vengono infatti filtrati dalle rappresentazioni cognitive della persona e successivamente viene prodotta un'azione (Maier & Seligman, 1976). Le rappresentazioni di controllabilità o di incontrollabilità di un evento sono determinanti nella teoria dell'agentività umana. Poiché, come nella teoria di Albert Bandura la forza di autoefficacia è determinata dalla percezione di controllabilità su un evento, così nella teoria di Seligman il senso di Impotenza è determinato dalla percezione di incontrollabilità. Accrescendo dunque la percezione di controllabilità è possibile accrescere la motivazione ad agire.

Capitolo 2

L'IPOACUSIA

2.1 Una definizione

Nell'uomo la percezione uditiva è la capacità di percepire i suoni che giungono al corpo umano dall'ambiente esterno, rilevando le vibrazioni come cambiamenti periodici nella pressione di un mezzo circostante.

L'onda sonora è infatti un'onda di tipo longitudinale, che produce una variazione di pressione e che si propaga attraverso i solidi, i liquidi e i gas. Le onde sonore vengono convogliate dall'orecchio esterno attraverso il canale uditivo e creano una pressione che raggiunge il timpano. Esso è costituito da una membrana che, con l'arrivo del suono, vibra e trasmette le vibrazioni alla catena degli ossicini (martello, incudine e staffa) che sono ad essa collegati. Gli ossicini, a loro volta, passano le vibrazioni alla coclea (Fig. 1). Quest'ultima svolge la funzione di trasformare le vibrazioni in impulsi elettrici che, attraverso il nervo acustico, raggiungono la corteccia cerebrale dove vengono ricodificati ed interpretati (Roversi, 1987).

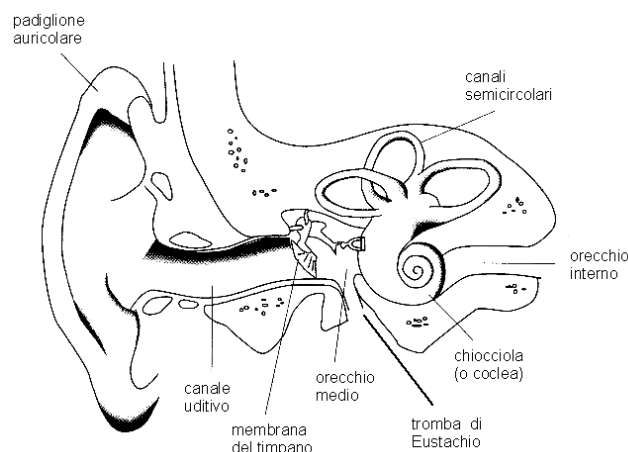


Fig. 1 Anatomia dell'apparato uditivo²

L'ipoacusia è una condizione di perdita totale o parziale della capacità di percepire i suoni. Si stima

² immagine tratta da *L'orecchio umano* di D'angelo (2014).

che la prevalenza in Italia a marzo del 2022 fosse del 12,1%, ciò significa che circa 7 milioni di italiani presentavano un deficit uditivo (Ministero della Salute, Marzo 2022).

Questa patologia può essere congenita, cioè presente già alla nascita, o acquisita, cioè insorta durante il corso della vita di una persona. Essa si definisce unilaterale o bilaterale, a seconda che interessi uno o entrambi gli orecchi.

In base all'entità della perdita uditiva, l'ipoacusia viene inoltre classificata in diversi livelli: ipoacusia di grado lieve (abbassamento della soglia uditiva tra 20 e 40 dB), ipoacusia di grado moderato (tra 40 e 65 dB), ipoacusia severa (tra 70 e 90 dB), ipoacusia profonda (caratterizzata da perdite uditive superiori ai 90 dB che comporta le perdita quasi totale della funzionalità uditiva).

Le cause che determinano una condizione patologica di ipoacusia possono essere classificate secondo diversi criteri: la localizzazione, l'agente eziologico e l'epoca di insorgenza.

In base alla localizzazione le ipoacusie si possono distinguere in: ipoacusie da trasmissione, causate da malformazioni, traumi, processi infiammatori a carico dell'apparato di trasmissione dei suoni situato nell'orecchio esterno e medio; ipoacusie neurosensoriali, dovute a patologie dell'orecchio interno o del nervo acustico, che determinano la riduzione della percezione di alcune frequenze e quindi la distorsione dei suoni. Tra quest'ultime il deficit cocleare che blocca la funzione di trasduttore dell'energia meccanica vibratoria, trasmessa dal timpano e dagli ossicini dell'udito, in energia nervosa.

In base all'agente eziologico i tipi di ipoacusie possono essere classificati in: ipoacusie da malattie infettive, quali la rosolia contratta dalla madre durante la gravidanza, la sifilide e l'AIDS; ipoacusie iatrogene, ovvero dovute all'effetto ototossico di certi medicinali fra cui alcuni antibiotici e farmaci antimalarici; ipoacusie traumatiche, conseguenti a traumi o ferite alla testa; ipoacusie da rumore, dovute all'esposizione a suoni molto forti e frequenti, come succede in ambienti lavorativi rumorosi. Infine, in base all'epoca di insorgenza il deficit si può distinguere in: ipoacusie prelinguali e perilinguali, entro i tre anni di vita; ipoacusie postlinguali, dopo i tre anni di vita; ipoacusie dell'età adulta; ipoacusie dell'età senile o presbiacusie (Palmieri, 2012).

2.2 Sintomatologia e diagnosi

Nel bambino molto piccolo i sintomi di ipoacusia si manifestano con scarsa o totale reazione ai suoni ambientali, nella non individuazione della loro origine e nella mancanza di progressione nell'acquisizione del linguaggio.

In età prescolare l'ipoacusia può essere sospettata nei casi in cui il bambino chieda frequentemente di ripetere ciò che gli viene detto, osservi attentamente il movimento delle labbra del suo interlocutore e spesso non risponda ai richiami di persone che non si trovano nella sua stessa stanza.

Nell'adulto un deficit uditivo si manifesta con difficoltà nel comunicare direttamente e telefonicamente, nell'udire dialoghi sussurrati o che si svolgono in contesti rumorosi (Sarti, 2021). Quando inoltre l'interazione si svolge tra un gruppo numeroso di persone, vi è la possibilità che più interlocutori prendano la parola. In questo tipo di contesto per la persona ipoacusica può essere un problema individuare spazialmente la fonte sonora e reindirizzare l'attenzione correttamente verso chi sta parlando in quel momento (Gatehouse & Noble, 2004).

Qualora dagli esami diagnostici (specifici a seconda che il paziente sia neonato, bambino o adulto) emergesse la presenza di un'ipoacusia, sarà necessario procedere con un opportuno e specifico programma riabilitativo. L'evoluzione tecnologica avvenuta negli ultimi anni ha mutato la condizione della persona ipoacusica, riducendo in modo significativo il divario sociale con il mondo dei normoudenti. Questo è potuto accadere sia grazie all'avanzamento delle tecniche diagnostiche, che permettono la diagnosi precoce dell'ipoacusia e l'applicazione tempestiva dei presidi terapeutici più adeguati, sia grazie all'uso di protesi sempre più sofisticate fino ad arrivare all'impianto cocleare, dispositivo elettronico impiantabile che ripristina la percezione uditiva in soggetti con perdita dell'udito da grave a profonda (Ambrosetti, 2013). Alla riabilitazione di tipo audiologico, nel caso in cui la precoce insorgenza dell'ipoacusia abbia compromesso un corretto sviluppo delle funzioni linguistiche e del linguaggio, si affianca inoltre una riabilitazione logopedica, che attraverso metodi didattici personalizzati permette di facilitare ed accelerare il processo di normalizzazione delle funzioni linguistiche attraverso un lavoro sistematico sulle abilità uditive e sul linguaggio. Nonostante tutte queste tecniche riabilitative, ottenere una soluzione completa e definitiva del problema spesso non è possibile (Smith, Kathleen Pichora-Fuller, Watts & La More, 2011). Per questa ragione è possibile che la persona ipoacusica, al di là dell'aspetto puramente percettivo, possa sperimentare difficoltà a livello relazionale e di fiducia nelle proprie capacità di ascolto e produzione verbale.

Capitolo 3

ANALISI EVOLUTIVA DELL'AUTOEFFICACIA NELLE PERSONE IPOACUSICHE

3.1 Prime esperienze di agentività

Quando il bambino inizia a riconoscersi come unità fisica separata comprende progressivamente anche l'esistenza di un qualcosa di esterno da lui: un non sé (Winnicott, 1987). Il bambino osserverà quindi gli eventi esterni, le relazioni di causazione che li legano e cercherà di avere un effetto sull'ambiente attraverso la manipolazione oggettuale e la comunicazione con le figure genitoriali (Bandura, 2000). La percezione che le proprie azioni abbiano un effetto sull'ambiente esterno sorge dunque precocemente nel bambino. Infatti una delle forme primarie di azione è il pianto. Attraverso l'uso di questo potente richiamo, il bambino può avvisare l'adulto che ha fame, sete, bisogno di affetto o che prova dolore. Quando il suo pianto viene ascoltato ed il suo bisogno soddisfatto, il bambino riceve un rinforzo positivo dall'adulto. Pertanto, se le cure da parte del genitore sono adeguate, ovvero egli risponde in modo sincrono e consolatorio alle richieste del figlio, l'azione di pianto ha successo. Questo è l'inizio del senso di agentività e causazione personali, l'inizio della percezione di autoefficacia (Bandura, 2000).

Nella fase di prescolarizzazione il bambino esercita la sua agentività comunicativa prevalentemente sui propri genitori. L'interazione sociale con altre figure contestuali risulta poco informativa per il bambino: esse spesso si avvicinano a lui senza che vi sia un richiamo da parte sua. Il bambino trae invece maggiori informazioni riguardo all'efficacia della sua comunicazione con le figure genitoriali che sono quasi sempre presenti e si adeguano alle sue richieste di comunicazione (Bandura, 2000).

Nei suoi primi esperimenti di azione sull'ambiente, il bambino dunque comunica ed interagisce anche grazie alla preziosa compartecipazione genitoriale. Egli non ha la capacità di riconoscere un rapporto di causazione fra due eventi non successivi l'uno all'altro. Dunque, se ottiene risposte temporalmente distanti dalla sua richiesta, dedurrà che la sua azione non ha avuto effetto. Una risposta non adeguata verrà decodificata dalle capacità percettive del bambino come assente. Questa mancanza può avere delle gravi ripercussioni sul funzionamento del bambino. Egli, non percependo di avere un'influenza sull'ambiente esterno, può sviluppare una bassa percezione di autoefficacia (Bandura, 2000).

In un contesto comunicativo la percezione del suono è cruciale per la buona riuscita dell'interazione. Quando tuttavia per cause patologiche, il processo di percezione ed elaborazione delle onde sonore risulta deficitario, i suoni non vengono percepiti e codificati nel modo corretto. Durante le prime fasi dello sviluppo, i bambini che presentano ipoacusia prelinguale o perilinguale affrontano diverse problematiche a livello comunicativo. Ad esempio, nell'interazione genitore-figlio, anche se l'adulto risponde al richiamo del bambino, egli potrebbe non sentirlo adeguatamente o non riconoscerlo. Nonostante vi sia una differenza oggettiva fra risposte genitoriali insufficienti e non udite correttamente, dal punto di vista del bambino entrambe le circostanze possono avere un analogo effetto deleterio nello sviluppo del proprio senso di autoefficacia.

3.2 Acquisizione del linguaggio ed inserimento scolastico

Nel 1965 Chomsky affermò che la grammatica è una competenza mentale. Secondo questa teoria le persone possiedono infatti un LAD, ovvero un *Language Acquisition Device*, un meccanismo innato che favorisce l'acquisizione linguistica. Esso contiene i principi generali di tutte le lingue naturali e quelli relativi alla grammatica universale. Nel 1999 Vygotskij dichiarò inoltre che il linguaggio è una delle funzioni mentali superiori e che alla nascita è solo in potenza. Invero, lo sviluppo di questa facoltà dipende dalle interazioni che il bambino ha con l'ambiente di riferimento (Mason, 2000).

I bambini con deficit uditivo, non sentendo correttamente i suoni ambientali e la propria voce, incorrono in diversi ostacoli durante l'apprendimento della lingua e conseguentemente anche in vari ambiti dello studio scolastico. Una delle aree maggiormente intaccate dal deficit uditivo è quella della lettura ad alta voce. Nella fase iniziale dell'acquisizione della lingua, la lettura ad alta voce è infatti necessaria. Il bambino può imparare a leggere solo con previa acquisizione dei suoni linguistici che corrispondono a determinate lettere. Perciò, grazie ad un'ingente quantità di esercizio di lettura ad alta voce, di fronte ad un adulto che insegna e corregge eventuali errori, il bambino può apprendere la struttura fonologica della lingua e la sua corrispondenza ortografica.

Ove sia presente una difficoltà di traduzione, essa comporta un deficit linguistico rilevante per il bambino, poiché intacca la sua capacità di decodifica. L'importanza di questa capacità viene sottolineata sia nel modello a due vie di Coltheart (1978), sia in quello evolutivo di Ehri (2005). Questi due modelli teorici di riferimento, che trattano lo sviluppo delle abilità linguistiche nell'acquisizione della lettura, descrivono una fase iniziale dell'apprendimento dove il bambino si impegna prevalentemente nella traduzione dalla struttura ortografica a quella fonologica. Infatti, le abilità di lettura del bambino, nelle fasi precoci dell'insegnamento, verranno valutate proprio sulla base delle sue capacità di decodifica e lettura ad alta voce (Arfé & Fastelli, 2015).

I bambini ipoacusici possono dunque riscontrare delle problematiche sia nel sentire correttamente l'insegnante, non udendo a sufficienza i suoni linguistici necessari per apprendere la lingua, sia conseguentemente nella lettura ad alta voce, che risulta faticosa per la sua componente di decodifica. Se il problema non viene compensato con un'adeguata riabilitazione logopedica e, se necessario, un apparecchio acustico, esso può cronicizzarsi, trasformandosi in un disturbo dell'apprendimento. Quello specifico che riguarda la lettura è chiamato dislessia evolutiva (DE) e rappresenta un ostacolo importante a livello scolastico. Riguardo alle ipotesi eziologiche sull'insorgenza del disturbo il dibattito è ancora aperto. Tuttavia, il fattore causale maggiormente validato è un deficit nel processamento dell'informazione fonologica che può essere causato da problematiche nella memorizzazione a breve termine o, appunto, da un deficit nel processamento uditivo temporale (Cavicchiolo, Lerda, Cammera, Gaviraghi, Schindler, Zanetti, Ambrosetti & Di Berardino, 2017). Inoltre, in classe, la modalità principale di insegnamento da parte degli educatori è di tipo linguistico. Per questa ragione, la condizione di ipoacusia del bambino, non si ripercuote solo sulle abilità di lettura, ma anche su tutte le aree dell'apprendimento che prevedono una spiegazione orale. Riguardo invece allo studio individuale, un'area intaccata dal deficit uditivo è quella della memorizzazione. Nello studio scolastico la quantità di informazioni da memorizzare è ingente. Dopo una prima lettura, in cui la persona presta attenzione e sceglie le informazioni che intende ricordare, affinché esse possano sedimentarsi con stabilità nel magazzino di memoria a lungo termine è necessario che lo studente utilizzi delle tecniche di memorizzazione. Il momento della decodifica è molto rilevante nel determinare la solidità del ricordo. Dato che la memoria è un processo ricostruttivo, maggiori sono le modalità con cui una persona consolida un'informazione nella memoria, maggiore sarà la probabilità che quell'informazione ci permanga e venga successivamente ricordata. Perciò, utilizzare varie modalità sensoriali e, se usate correttamente, emozionali, incrementa la solidità del ricordo. Una delle tecniche maggiormente efficaci dunque è la ripetizione ad alta voce del materiale, in cui lo studente utilizza la modalità visiva e quella uditiva per ricordare. Un bambino ipoacusico, a causa del deficit uditivo, potrebbe non poter contare sull'efficienza di questa tecnica per il consolidamento della traccia.

Nella fase iniziale della propria carriera scolastica, il bambino percepisce la sua capacità di essere efficace sull'ambiente anche in base ai propri successi scolastici (Bandura, 2000). Come si può evincere dalle numerose difficoltà dovute al deficit uditivo, per i bambini ipoacusici il percorso di acquisizione dell'autoefficacia non è affatto semplice. Il corpus insieme di conseguenze negative che il deficit uditivo ha nell'apprendimento scolastico, può infatti ripercuotersi significativamente sul senso di agentività del bambino e sulla sua percezione di autoefficacia.

3.2.1 Conseguenze a lungo termine di uno scarso senso di autoefficacia nei bambini ipoacusici

Nelle prime fasi della sua vita, grazie all'essenziale compartecipazione attiva delle figure genitoriali, è bene che il bambino sperimenti una sensazione di *onnipotenza*, dove quasi ogni sua richiesta viene ascoltata. Poi, i genitori dovrebbero progressivamente modificare il loro comportamento di totale accomodamento, favorendo una buona base per lo sviluppo dell'autonomia (Winnicott, 1987). Il bambino, ricco di esperienze in cui le sue azioni hanno avuto un effetto sull'ambiente, avrà la forza di affrontare un contesto prima familiare e poi sociale dove non si sente completamente onnipotente. Se le frustrazioni risulteranno adeguate per numerosità ed intensità alla tappa di sviluppo del bambino, lo motiveranno a prefissarsi obiettivi sfidanti e a cercare di ottenere altri successi. Grazie ad essi, il bambino accrescerà ulteriormente il proprio senso di autoefficacia (Bandura, 2000).

“Sulla base di questa iniziale esperienza di onnipotenza il bambino acquisirà la possibilità di cominciare a provare frustrazione e anche di arrivare un giorno all'altro estremo dell'onnipotenza, cioè ad avere il senso di essere un semplice puntino in un universo che era lì prima che ci fosse l'idea del bambino [...]. Non è forse dall'essere Dio che gli esseri umani arrivano all'umiltà propria dell'individualità umana?” - Donald Winnicott, 1987

Come però si può evincere dai capitoli precedenti, per alcuni bambini il percorso di acquisizione dell'autoefficacia non è affatto semplice. Il corposo insieme di conseguenze negative dell'ipoacusia nell'ambito comunicativo e scolastico, può ripercuotersi significativamente sul senso di agentività del bambino. Risulta probabile che, di fronte ad una successione continua di esperienze percepite come fallimentari, ovvero in cui l'azione del bambino non ha l'effetto desiderato, egli sviluppi un senso di impotenza.

Una persona con un deficit nel senso di autoefficacia vive gli avvenimenti in modo diverso rispetto agli altri. Quando affronta delle circostanze negative ha uno stile attributivo interno, stabile e con causalità generali. Mentre, di fronte a quelle positive, la persona con senso di impotenza appresa farà delle attribuzioni esterne, instabili e con causalità specifica ³(Abrambson et al., 1978).

Proprio sulla base di questa teoria di riferimento, nel 1986 è stato condotto uno studio longitudinale da Seligman e colleghi, dove si è dimostrato che questo stile attributivo maladattivo è correlato con lo sviluppo di una bassa autostima, passività, deficit cognitivi e depressione. Inoltre nel bambino un atteggiamento di questo tipo porta spesso ad avere scarsi risultati scolastici ed una scarsa

³ Citazione presente nell'articolo *“Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style”* di Nolen-Hoeksema, Seligman & Gargus (1986).

competitività. Questa disposizione nei confronti della scuola ha delle ripercussioni significative anche sulla percezione che gli insegnanti hanno nei confronti del bambino e del suo atteggiamento determinato dal senso di impotenza (Nolen-Hoeksema, Seligman & Girgus, 1986).

3.3 La sfida dell'adolescente ipoacusico: tra relazioni con i pari ed inserimento sociale

Durante i primi anni di scuola primaria, i bambini si trovano in quella che Erikson chiama Età scolastica, fase di industriosità o inferiorità (Warner Warner-Czyz, Loy, Evans, Wetsel & Tobey, 2015). Durante questa fase il bambino tende a desiderare l'approvazione della propria famiglia, degli insegnanti e dei propri pari attraverso la cooperazione, il conseguimento di buoni voti e l'apprendimento scolastico. Se il bambino acquisisce le qualità di fiducia, autonomia, iniziativa e cooperazione durante le fasi precedenti, accederà con successo a quella adolescenziale. Quando egli diventa adolescente, entra in una fase che si contraddistingue per Identità o dispersione di ruoli. Questa è una fase di conquista, in cui l'adolescente si impegna nella formazione di un'identità personale. Durante questo periodo, il ragazzo attribuisce un'estrema importanza all'approvazione dei pari e percepisce di avere successo solo nel caso in cui si senta integrato nel proprio gruppo di riferimento. Qualora, questo processo non andasse a buon fine, l'adolescente, potrà sviluppare un'identità negativa di ribellione e di isolamento nei confronti del contesto sociale⁴ (Erikson, 1963). L'adolescenza è il periodo di crisi per eccellenza, in cui vengono normalmente compiuti i primi passi in semi-autonomia verso l'inserimento sociale. Gli adolescenti affrontano un'innumerabile serie di cambiamenti, mentre lottano per l'acquisizione di una maggiore indipendenza: cambiamenti puberali, che possono mettere in crisi la percezione di sé e la propria identità fisica; cambiamenti scolastici, in cui devono fare delle scelte rilevanti, che influiranno sul proprio futuro; cambiamenti nell'atteggiamento familiare e ambientale, che comportano un accrescimento di responsabilità e di frustrazioni (Bandura, 2000). Queste modificazioni interne ed esterne che influiscono trasversalmente su molte aree del funzionamento personale, possono far percepire all'adolescente una perdita di controllo in ambito scolastico, relazionale ed emotivo, con conseguente decremento del senso di autoefficacia percepita (Bandura, 2012).

Oltre dunque alle difficoltà tipiche dell'età, I bambini ipoacusici che si affacciano all'età puberale, ne affrontano di ulteriori, dovute al loro disturbo uditivo. Nel 2008 è stato condotto uno studio per la valutazione della qualità di vita percepita nei bambini e adolescenti con perdita di udito. Lo studio è

⁴ Citazione presente nell'articolo "*Self-Esteem in Children and Adolescents With Hearing Loss*" di Warner Warner-Czyz, Loy, Evans, Wetsel & Tobey (2015).

stato strutturato basandosi sull'ipotesi che, i bambini e adolescenti ipoacusici, abbiano maggiori difficoltà nell'inserimento sociale rispetto ai coetanei normo udenti. Sono state valutate numerose dimensioni del funzionamento sociale e della qualità di vita percepita.

Nel contesto scolastico, ad esempio, i ragazzi hanno riportato maggiori problematiche uditive nelle classi ampie e disorganizzate in cui i propri compagni parlano durante la lezione e gli insegnanti hanno un volume di voce basso. Inoltre, da un punto di vista emotivo, risulta frustrante che il professore parli direttamente a loro mentre spiega la lezione. Nonostante questo atteggiamento di attenzione venga attuato a fin di bene, spesso ha il risultato di far sentire il ragazzo diverso. Secondo lo stesso principio, se una persona esterna al contesto scolastico modifica il suo comportamento quando viene a conoscenza della condizione di ipoacusia del ragazzo, quest'ultimo può percepire imbarazzo.

Durante la fase adolescenziale, anche le attività sportive rappresentano un'importante punto di ritrovo. Infatti anche attraverso queste discipline l'adolescente struttura la sua identità e accresce i suoi interessi. Dallo studio emerge che i ragazzi ipoacusici, proprio a causa del problema uditivo, affrontano con reticenza contesti in cui ci sono molte altre persone. Nell'ambito sportivo inoltre, tendono ad evitare accuratamente gli sport acquatici, in cui non potrebbero indossare l'apparecchio acustico, e di gruppo, in cui la cooperazione è fondamentale. Le difficoltà uditive non permettono loro di sentire accuratamente le istruzioni dei compagni e dell'allenatore, con risultati ulteriormente scoraggianti per la propria percezione di inserimento sociale (Streufert, 2008).

Secondo la teoria sociocognitiva l'espressione e lo sviluppo del Sé individuale non possono essere distinti dalla Società e viceversa ed i risultati dello studio precedentemente citato confermano questa tesi. Da essi risulta infatti chiaro che anche nella fase transitiva dell'adolescenza il contesto è fondamentale nel determinare come essa verrà vissuta dal ragazzo ipoacusico. Questa consapevolezza, nell'ipotesi di un contesto riabilitativo, fa pendere verso un intervento che non sia incentrato solo sul ragazzo ipoacusico, ma anche sull'ambiente in cui egli è immerso.

3.4 Gli adulti ipoacusici e la realizzazione in ambito lavorativo

L'età adulta rappresenta il massimo momento di esplorazione della propria agentività personale, perché le aree su cui la persona può verificare le proprie capacità si moltiplicano (Bandura, 2000). Difatti, le persone che hanno superato le fasi precedenti con successo si affacciano all'età adulta pronte per debuttare nel mondo relazionale e, al termine del percorso di istruzione, lavorativo. Il potenziamento dell'autonomia e delle capacità, necessarie per gestire le frustrazioni, comporta scelte

lavorative, relazionali ed investimenti monetari di cui l'adulto è il primo responsabile⁵ (Erikson, 1963).

Le persone, valutando i vari ambiti lavorativi in cui possono specializzarsi, scelgono quelli in cui pensano di avere maggiore successo. Questo è dovuto alla percezione che vi sia una gamma di competenze necessarie per realizzarsi in un dato contesto e ad una pulsione interna che spinge verso l'accrescimento di controllo in un ambito specifico (Bandura, 2000).

È tuttavia probabile che, fra i motivi che spingono un giovane adulto a scegliere un determinato lavoro, non vengano prese in considerazione possibili modificazioni fisiche dovute all'invecchiamento o all'imprevedibile insorgenza di qualche disturbo. Nonostante sia ragionevole agire secondo le certezze che il giovane possiede in quel momento, senza farsi guidare dall'ipotetico verificarsi di futuri scenari negativi, è possibile che, con il presentarsi di tali problematiche, essi affrontino un momento di crisi nella propria percezione di autoefficacia.

In molti contesti lavorativi le interazioni fra collaboratori sono vitali per il buon funzionamento dell'organizzazione. Fattori come la socializzazione e la coesione di gruppo sono quindi obiettivi primari sia per il lavoratore che per l'istituzione. La produttività dell'azienda e le performance positive vengono favorite da un contesto lavorativo sano che promuove un buon senso di autoefficacia percepita nei propri lavoratori. Un'ambiente competitivo e stimolante motiva dunque le persone alla dedizione e all'impegno. Avere "successo" in un'attività di questo tipo significa percepire una buona gamma di competenze nel proprio lavoro e partecipare attivamente al progresso dell'organizzazione⁶ (Cenciotti, Borgogni & Fedeli, 2018).

Le persone ipoacusiche, tuttavia, presentano numerose difficoltà nella comunicazione. In contesti formali, in cui viene richiesta una certa efficienza, chiedere continuamente di ripetere ciò che è stato detto dai collaboratori può porre la persona ipoacusica in una condizione di disagio. Tuttavia, quando l'interazione coi colleghi è necessaria per riuscire bene nel proprio lavoro, evitare di domandare chiarimenti può ripercuotersi negativamente sul senso di autoefficacia personale e collettiva, con la percezione di non poter far parte del gruppo alla pari degli altri.

Ci sono tuttavia circostanze lavorative ancora peggiori per le persone ipoacusiche, nelle quali il deficit uditivo non mina solo la percezione di autoefficacia e l'identità lavorativa, ma anche la sicurezza personale e collettiva. In uno studio condotto nel 2005, sono state valutate le condizioni di 31 lavoratori che riportavano perdita d'udito. Tutto ciò con il fine di promuovere l'utilizzo di protezioni uditive appropriate per coloro i quali lavorano in ambienti dove le macchine producono forti rumori

⁵ Citazione presente nell'articolo "*Self-Esteem in Children and Adolescents With Hearing Loss*" di Warner Warner-Czyz, Loy, Evans, Wetsel & Tobey (2015).

⁶ Citazione presente nel cap. 6 del libro "*Psicologia delle organizzazioni*" di Argentero & Cortese (2018).

e comportano spesso una perdita d'udito. Per poter sottolineare l'importanza di protezioni uditive adeguate, una parte dello studio è stata dedicata all'approfondimento delle ripercussioni che l'ipoacusia comporta sulla performance lavorativa.

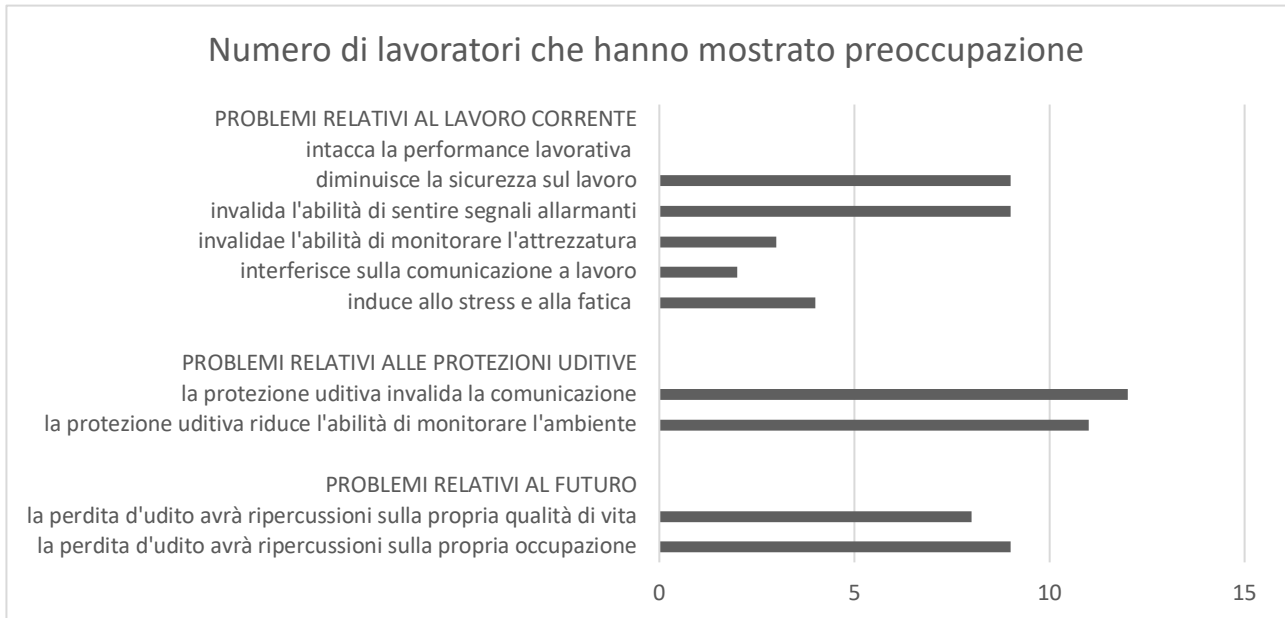


Fig. 2. Frequenze delle difficoltà e preoccupazioni espresse dai lavoratori (Morata, Themann, Randolph, Verbsky, Byrne & Reeves, 2005)

All'inizio dell'esperimento, a parte qualche difficoltà di socializzazione, i partecipanti di questo studio hanno valutato le ripercussioni dell'ipoacusia sulla loro performance lavorativa come irriskorie o inesistenti. Il lavoro che svolgono richiede infatti una frequente interazione uomo-macchina, più che fra persone. Tuttavia, procedendo con un'analisi più approfondita, essi hanno raccontato svariati momenti nella loro giornata lavorativa che richiedono buone abilità d'ascolto. A volte, attraverso suoni poco udibili da una persona ipoacusica, le macchine con cui essi lavorano segnalano dei guasti, dei problemi di sicurezza o delle incorrettezze nel processo selezionato. Vi sono altri momenti in cui l'udito garantisce al lavoratore di comprendere se la macchina funziona correttamente. Un perito normo udente riesce infatti a riconoscere la gamma di suoni emessi dal macchinario. Questa difficoltà nell'udire viene descritta come *pericolosa* dai lavoratori, dato che li pone nella condizione di ignorare segnali sonori allarmanti. I partecipanti, infine, riportano di avere dei grossi problemi a comunicare e ricevere istruzioni mentre lavorano. Infatti, a causa dei suoni forti delle macchine in funzione, risulta complicato udire e riconoscere le parole dei collaboratori. Questa condizione di difficoltà viene persino esacerbata dagli apparecchi protettivi per l'udito, specifici per persone che lavorano in condizioni di rumori forti. Alcuni dei partecipanti allo studio hanno confessato inoltre di togliere spesso questi apparecchi protettivi o di non indossarli, al fine di comunicare meglio. Tuttavia,

perpetrando questo comportamento, essi aumentano drasticamente il rischio di aggravare la loro condizione di ipoacusia (Morata, Themann, Randolph, Verbsky, Byrne & Reeves, 2005).

Infine, dai risultati dello studio relativi alla valutazione della qualità della vita lavorativa, sono emerse notevoli problematiche. La percezione di non avere controllo sulle macchine con cui lavorano e di non sentire correttamente i propri colleghi, pone i lavoratori ipoacusici in una condizione di costante insicurezza e tensione. L'ambiente lavorativo risulta dunque stressante e frustrante, inasprito dal continuo confronto con colleghi normo udenti che riescono a svolgere le proprie mansioni con piene capacità.

Alcuni dei partecipanti allo studio hanno inoltre espresso una forte preoccupazione relativa al possibile decorso del loro deficit uditivo, sia in termini di efficienza in ambito lavorativo che in termini di vita futura (Morata, Themann, Randolph, Verbsky, Byrne & Reeves, 2005).

3.5 Il mantenimento dell'autonomia nell'anziano ipoacusico

L'anzianità è il momento della vita di una persona in cui grazie alle esperienze vissute ed alle proprie capacità autoriflessive sono state acquisite numerose consapevolezza, che permettono di analizzare la realtà con uno sguardo abile e cosciente. In giovane età, la saggezza non può essere acquisita dall'uomo solo con lo studio e la ricerca, dato che in entrambe manca una prerogativa: il tempo necessario perché gli accadimenti si compiano e diventino esperienze personali. La saggezza è una ricchezza inestimabile per la società, di cui gli anziani sono i massimi custodi (Bandura, 2000).

Nonostante ciò, a causa di sfide proprie dell'età senile, l'autoefficacia percepita di un anziano può subire un forte decremento. Di fronte al naturale decadimento di alcune abilità fisiche e cognitive infatti risulta inevitabile il confronto con versioni precedenti di sé. Inoltre, nonostante le persone anziane riescano spesso a vivere la propria quotidianità in modo indipendente, vengono frequentemente categorizzate come bisognose di cure e non autosufficienti.

Una delle capacità che maggiormente risentono dell'avanzare dell'età è quella uditiva. A causa del naturale invecchiamento l'apparato uditivo dell'anziano può infatti progressivamente deteriorarsi e l'ipoacusia ha la sua massima incidenza in età adulta avanzata. Si stima che in Italia il 30% della popolazione ultrasessantenne soffra di una perdita uditiva (Ministero della Salute, Marzo 2022). Durante questo periodo storico di pandemia dovuta al COVID-19 l'uso delle mascherine è stato frequente e spesso obbligatorio. Questo ha comportato un incremento statistico di diagnosi di ipoacusia proprio perché molte persone, non avendo più avuto a disposizione la lettura labiale durante l'interazione con gli altri, si sono rese conto di non riuscire a sentire sufficientemente il proprio interlocutore.

La condizione di ipoacusia è dunque tanto comune quanto invalidante, poiché comporta numerose modificazioni nella quotidianità dell'anziano.

Una delle più importanti fonti di autonomia per una persona è la possibilità di spostamento. L'utilizzo di un autoveicolo risulta dunque cruciale affinché un anziano in possesso di una patente possa mantenere la percezione di vivere autonomamente. Tuttavia, oltre al rallentamento fisiologico dei riflessi dovuto all'età e ad una frequente diminuzione della vista, gli anziani ipoacusici affrontano ulteriori difficoltà nella guida. Essi potrebbero infatti non riuscire a percepire stimoli sonori allarmanti e riconoscerli come tali. Questo deficit rende l'anziano ipoacusico un pericolo per sé e per gli altri. Proprio per questa ragione, la legge italiana stabilisce che ad un adulto è consentito il rilascio o il rinnovo della patente di guida solo nel caso in cui egli sia in grado di "udire da ciascun orecchio la voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di 2 m di distanza", senza l'ausilio di apparecchi acustici (Progetto Udire, 2017).

Un'altra area del funzionamento personale intaccata dal deficit uditivo è quella della memorizzazione. La memoria è una funzione cognitiva che, a causa del fisiologico deterioramento neurologico dovuto all'invecchiamento, può risultare meno funzionante in età senile. Essa rappresenta un'area rilevante del funzionamento personale, su cui l'anziano valuterà la propria autoefficacia. Questo è dovuto al fatto che le perdite di memoria destano una certa attenzione negativa quando si verificano. L'anziano se ne rende infatti conto solo mentre interagisce con altre persone che lo rendono consapevole della propria dimenticanza (Bandura, 2000).

Ciò che permette ad una persona di sedimentare un ricordo stabilmente nella propria memoria a lungo termine è anche la rete di informazioni elaborate ad esso associate. Perciò, più ampia sarà la gamma di modalità sensoriali e, se giovani, emozionali con cui esso viene registrato, più facile sarà rendere quell'informazione un ricordo stabile e recuperarlo in un momento successivo. Le persone che hanno difficoltà nell'udire i segnali sonori non possono contare completamente sull'informazione uditiva per sedimentare un ricordo. Dunque, in un anziano, in cui le difficoltà nella memorizzazione e nel ricordo sono già spesso presenti, una condizione di ipoacusia può aggravare ulteriormente il corretto funzionamento di questo processo cognitivo (Wingfield, Tun & McCoy, 2005).

Infine l'ipoacusia può anche determinare un cambiamento nelle proprie abitudini quotidiane. Mantenersi informato sulle dinamiche sociali e politiche attuali rende il cittadino partecipe della sua realtà sociale. Tuttavia, l'anziano ipoacusico può udire con difficoltà programmi radiofonici o televisivi ed essere costretto al solo utilizzo di fonti informative scritte, quali ad esempio i giornali. Inoltre, è abitudine comune fra gli anziani contare sulle opportunità offerte loro dai social media. Questi potenti mezzi sono fonti di informazione, scambio e supporto sociali. Tuttavia, nei social, vengono spesso utilizzati messaggi audio e videoregistrazioni per favorire un'interazione efficace ed

accattivante. Privare un anziano ipoacusico di questa importante fonte di scambio sociale e di supporto può portare ad una percezione di isolamento (Ma, Liang, Yang, Zhang, Zhao & Lu et al., 2021).

3.5.1 La lotta dell'anziano ipoacusico contro l'auto-stigmatizzazione

Il concetto di stigmatizzazione implica la presenza di due prospettive principali: quella degli *insider*, coloro i quali presentano un determinato disturbo, e quella degli *outsider*, ovvero coloro i quali non lo presentano. Vi sono alcune circostanze tuttavia, in cui i confini fra le due categorie sono tutt'altro che netti. Una persona può ad esempio subire un deterioramento dell'apparato uditivo dovuto all'invecchiamento e dunque è possibile, considerando come disturbo quello dell'ipoacusia, subentrare nella categoria degli *insider*, anche in fasi della vita che sono successive alla propria nascita (Gagné, Jennings & Southall, 2009).

In numerosi studi è stato riscontrato che lo stigma associato alla perdita d'udito vede gli ipoacusici come anziani bisognosi (Wallhagen, 2010), non adatti ai contesti sociali (Jones et al. 1984) e partner comunicativi poco interessanti ⁷ (Heine & Browning, 2002; Hetu, 1996).

Qualora nell'anziano insorgesse una condizione di ipoacusia, la sovrapposizione fra uno stigma sociale e la propria identità potrebbe indurre un'auto-stigmatizzazione.

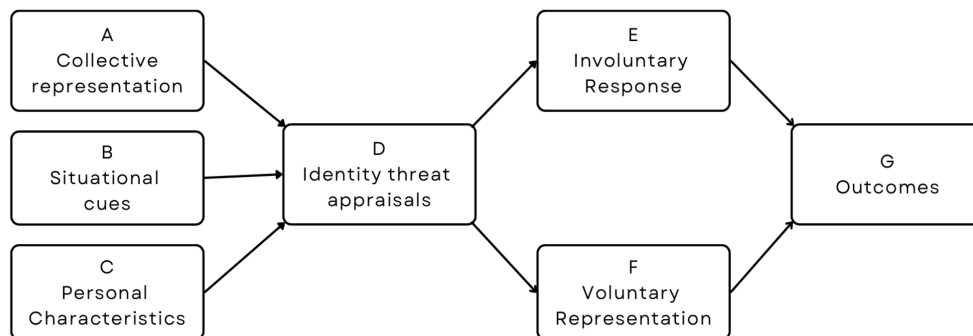


Fig. 3 Modello dell'auto-stigmatizzazione di Major & O'Brien (2005)

Secondo il modello di Major e O'Brien, l'interazione fra idee stigmatizzanti condivise, circostanze situazionali e caratteristiche personali, determina il modo in cui una persona esamina un proprio tratto identitario. Questa valutazione porterà il soggetto a considerare la propria condizione come un aspetto

⁷Citazione presente nell'articolo "Understanding the stigma associated with hearing loss in older adults" di Gagné, Jennings & Southall (2009).

vincolante della propria identità, con ripercussioni sulle rappresentazioni volontarie di sé e sulle risposte involontarie. Le modificazioni nel proprio mondo interno determinano quindi anche un cambiamento nel proprio comportamento (Fig. 3). Le persone che si auto-stigmatizzano saranno dunque portate ad attuare strategie di coping, a perseguire degli obiettivi e a frequentare ambienti sociali reputati consoni per il proprio tratto “negativo”.

L’auto-stigmatizzazione nell’ipoacusia comporta un’*autosvalutazione*⁸, un incremento dello stress e rappresenta un ostacolo rilevante per la propria riabilitazione (Gagné, Jennings & Southall, 2009).

Gli stereotipi spesso associati all’anziano relativi alla sua non autosufficienza, comportano una valutazione frequente dei suoi comportamenti. Questo atteggiamento di osservazione personale, familiare e, con minore incidenza, sociale pone l’anziano in una condizione di continuo giudizio dove ogni sua azione rappresenta una conferma o disconferma di questo stereotipo (Bandura, 2000).

Il percepirsi come poco capace di comunicare e poco interessante per i propri interlocutori porta infatti l’anziano ad una progressiva tendenza all’isolamento e percezione di solitudine (Ellis, Sheik Ali & Ahmed, 2021).

⁸ Termine presente nell’articolo “Understanding the stigma associated with hearing loss in older adults” di Gagné, Jennings & Southall (2009).

Capitolo 4

L'IMPORTANZA CONTESTUALE NELLA GESTIONE DELL'IPOACUSIA

Nonostante il miglioramento dal punto di vista della riabilitazione clinica dei soggetti ipoacusici sia continuo e costante, è di primaria importanza promuovere una sempre maggiore consapevolezza nelle persone che si relazionano con un soggetto ipoacusico. Solo essendo a conoscenza delle difficoltà che egli riscontra quotidianamente e di quali siano le caratteristiche di un ambiente sano per la riabilitazione è possibile infatti affiancarlo nell'acquisizione o nel ripristino del proprio senso di agentività.

4.1 L'autoefficacia genitoriale per la gestione dell'ipoacusia infantile

L'amore naturale che spinge un genitore ad agire per prendersi cura del figlio è quasi *fisico*⁹. Consapevolizzarlo riguardo alla correttezza o meno delle proprie azioni, rendendo ragionati ed innaturali i processi di accudimento, può essere deleterio (Winnicott, 1987). Tuttavia, vi sono delle situazioni peculiari, come l'ipoacusia, in cui una consapevolizzazione familiare delle difficoltà del figlio potrebbe migliorare la sua qualità di vita e quella del genitore.

Innanzitutto, è stato riscontrato che non sempre i deficit uditivi infantili vengono rilevati dai genitori e, di conseguenza, i bambini ipoacusici non possono beneficiare di trattamenti adeguati alla loro condizione (Swierniak, Gos, Skarzynski, Czajka & Skarzynski, 2021). Tuttavia l'accorgersi o meno del disturbo del figlio non rappresenta l'unica insidia che l'adulto dovrà affrontare. Qualora infatti il deficit uditivo venisse individuato precocemente, con la conseguente programmazione di un adeguato iter riabilitativo, il genitore dovrà far fronte a ciò che questa scoperta ha comportato in lui. In queste circostanze, quando un adulto teme per la salute del proprio figlio, può dover fronteggiare stati emozionali fortemente negativi di rifiuto, paura, ansia, preoccupazione e senso di perdita di controllo, con conseguente decremento della propria percezione di autoefficacia (Gandy, 2014). L'autoefficacia percepita di un genitore rispetto al proprio ruolo è determinante nelle dinamiche di supporto nei confronti del figlio e nel corretto adempimento dei suoi oneri genitoriali. Perciò risulta cruciale rafforzare o ripristinare nei genitori di bambini ipoacusici, il loro senso di autoefficacia. Questo è

⁹ Termine utilizzato da Winnicott nel libro *"I Bambini e le loro Madri"* (1987).

possibile grazie ad esperienze di mastery e di persuasione sociale: nella prima il genitore, grazie all'acquisizione di conoscenze mediche sull'ipoacusia, aumenta la fiducia nella riabilitazione clinica; nel secondo, confrontandosi con altri genitori che si trovano a vivere la spessa esperienza, si giova del loro sostegno (Gandy, 2014).

Secondo il principio dell'autoefficacia percepita, il genitore di un bambino agisce solo quando ritiene che le sue azioni possano avere un effetto desiderato (Gandy, 2014). Un genitore convinto della propria autoefficacia non solo sperimenterà maggiore benessere, ma risulterà anche più presente ed adattabile nell'accudimento del proprio figlio (Bandura, 2012). Anche nel caso dei genitori di bambini ipoacusici essi agiscono, supportano il bambino e creano un ambiente familiare adatto alle sue necessità, solo quando sono convinti che le proprie azioni possano influire sulla gestione del deficit uditivo (Ambrose, 2020). Questa forte convinzione motiva il genitore a porsi in una condizione di agentività, in cui egli si prodiga per migliorare le condizioni di ascolto del bambino e per supportarlo nell'acquisizione del linguaggio (Ambrise, 2020).

4.2 Un adeguato ambiente scolastico per bambini ipoacusici

Il termine "educazione scolastica" non indica solo un contesto di studio. Invero, esso rappresenta un insieme degli insegnamenti che vengono offerti al bambino e che sono frutto dell'apprendimento in classe, delle interazioni con i coetanei, dell'esperienza dello studiare e del ricevere valutazioni sulle proprie conoscenze acquisite. Il bambino struttura la sua identità, il suo senso di agentività ed autoefficacia anche sulla base delle esperienze scolastiche (Bandura, 2000).

Accrescere le conoscenze della scuola sulle condizioni peculiari dei propri alunni permette una gestione più consapevole di eventuali problematiche nell'apprendimento. Questa disposizione, da parte degli educatori, promuove una maggiore integrazione ed un contesto maggiormente inclusivo. Nel caso dell'ipoacusia, molti studenti in giovane età riscontrano quotidianamente delle differenze che li distinguono dai compagni normo udenti (Streufert, 2008). Questo è dovuto ad un'impostazione scolastica che richiede capacità specifiche, su cui gli ipoacusici non possono sempre fare affidamento. Dunque, qualora vi fosse in classe uno studente con deficit uditivo è auspicabile che l'ambiente scolastico si sensibilizzi a questa problematica e si prodighi ad attuare alcune modifiche interne. Durante le ore di lezione, l'educatore infatti può adottare alcune strategie d'insegnamento che favoriscano l'apprendimento dello studente ipoacusico ed il suo inserimento, ovvero: prestare attenzione alla disposizione in classe, lasciando i posti in prima fila ai bambini con deficit uditivo o collocando i banchi ad U per favorire la socializzazione con i pari; diminuire i rumori di sottofondo, che possono risultare confondenti durante la lezione; utilizzare molte immagini e grafici, grazie a cui

gli studenti possono memorizzare visivamente il materiale di studio; adottare tecnologie specifiche per l'insegnamento, che utilizzano stimoli sensoriali di varia natura, favoriscono il mantenimento dell'attenzione e la velocità di apprendimento (Baglama, Haksiz & Uzunboylu, 2018); informare la classe su cosa sia e cosa comporti un deficit uditivo, rendendone consapevoli anche i compagni e promuovendo così un ambiente di accoglienza e sostegno.

4.3 Il patto cooperativo fra ambiente di lavoro ed adulto ipoacusico

In un contesto lavorativo nel quale un ipoacusico è un dipendente pubblico o privato, egli non possiede un potere decisionale tale da permettergli di apportare autonomamente cambiamenti significativi sul luogo di lavoro. Anche per questo motivo, a seconda dell'impiego e della gravità del suo deficit uditivo, le difficoltà che egli può riscontrare nello svolgere le proprie mansioni, comportano stress e frustrazione (Morata, Themann, Randolph, Verbsky, Byrne & Reeves, 2005). Un contesto stressante, su cui la persona sente di non avere sufficientemente controllo, può comportare un decremento netto delle proprie prestazioni lavorative (Bandura, 2000). La percezione di avere efficacia sul proprio luogo di lavoro aumenta le capacità di autoriflessione, autoregolazione, anticipazione, resilienza e di disposizione all'apprendimento¹⁰ (Cenciotti, Borgogni & Fedeli, 2018). In un'ottica di cooperazione, è bene dunque che ogni lavoratore si senta parte attiva dell'organizzazione. Solo in questo modo si prefisserà e perseguirà obiettivi comuni, percependo un'autoefficacia collettiva (Bandura, 2000). Perciò, non solo è doveroso da parte dell'organizzazione, ma anche per essa conveniente, adottare strumenti di protezione adeguati, creare un ambiente sicuro ed integrativo, che favorisca la massimizzazione delle prestazioni e l'espressione delle risorse personali da parte di tutti i propri dipendenti.

4.4 Perdita dell'udito in età adulta: supporto familiare per prevenire l'isolamento sociale

Le persone con deficit uditivo si percepiscono frequentemente come poco capaci di affrontare contesti di interazione, specialmente quando essa si svolge in gruppi numerosi di persone (Gatehouse & Noble, 2004). Questa percezione le rende avvezze ad evitare tali contesti. Nelle persone ipoacusiche, l'evitamento sociale è causa di solitudine ed isolamento (Ellis, Sheik Ali & Ahmed, 2021).

In uno studio condotto nel 2014 su circa 5000 persone ipoacusiche, è stato riscontrato che nelle partecipanti donne fra i 60 ed i 69 anni, il verificarsi dell'isolamento sociale raddoppiava in caso di

¹⁰ Citazione presente nel cap. 6 del libro "*Psicologia delle organizzazioni*" di Argentero & Cortese (2018).

ipoacusia. Fattori determinanti nella condizione di isolamento, che la aggravavano consistentemente, erano la mancanza di supporto economico e soprattutto emotivo (Mick, Kawachi & Lin, 2014).

Il sostegno familiare ha infatti un ruolo considerevole nel prevenire questa dinamica. Ciò è dovuto al fatto che la famiglia è un sistema sociale formato da sottosistemi, ovvero rapporti singoli legati da relazioni di interdipendenza (Bandura, 2012).

L'autoefficacia percepita di una persona ipoacusica, che si predispone ad interagire con uno o più interlocutori, è una fonte di motivazione primaria. Questo perché, la percezione di possedere le capacità necessarie per colloquiare efficacemente contrasta la sua tendenza all'isolamento. L'autoefficacia personale è alimentata anche da esperienze di persuasione sociale, ovvero da rinforzi positivi da persone ritenute importanti. Dunque, se un partner crede nelle potenzialità comunicative di una persona ipoacusica, favorirà l'incremento della sua percezione di autoefficacia (Smith, Kathleen Pichora-Fuller, Watts & La More, 2011).

Questi risultati corroborano la tesi che il sostegno e l'incoraggiamento da parte dei familiari siano determinanti nella riabilitazione delle persone ipoacusiche e nel ripristino del loro funzionamento sociale.

CONCLUSIONI

Il programma di cura e riabilitazione per persone ipoacusiche, finalizzato al recupero funzionale e percettivo dell'apparato uditivo, permette in molti casi il mantenimento di un buon funzionamento sociale. Tuttavia l'esito degli interventi riabilitativi non porta ad un recupero totale delle capacità uditive e alcune difficoltà possono continuare a rappresentare un ostacolo invalidante e permanente nella quotidianità di una persona. In questa tesi sono state descritte le problematiche che una persona ipoacusica può trovarsi ad affrontare nelle varie fasi della sua vita, non da un punto di vista clinico-percettivo, quanto piuttosto dal punto di vista del senso di autoefficacia del soggetto. Queste difficoltà sono sempre state associate ad un contesto specifico, dove la perdita d'udito rappresenta un fattore di divergenza rispetto ad una condizione standard. Un ipoacusico infatti, oltre a dover affrontare le difficoltà tipiche della sua età, è continuamente rallentato nella sua agentività a causa del confronto con contesti che richiedono capacità uditive nella norma. Attraverso il presente elaborato si è potuto dimostrare che il contesto sociale in cui la persona ipoacusica vive possiede notevole influenza sulla gestione, accettazione e riabilitazione di tale patologia. Invero, apportando delle modifiche contestuali volte ad una maggiore integrazione e sostegno emotivo, è possibile ridurre la percezione, da parte dell'ipoacusico, di avere scarse capacità di agire sull'ambiente con successo.

Sottolineare l'importanza contestuale non ha il fine di deresponsabilizzare il singolo. È infatti responsabilità della persona prodigarsi per capitalizzare le proprie esperienze ed accrescere la propria autoefficacia. Tuttavia la possibilità di azione della persona è imprescindibile dalle circostanze contestuali in cui vive, quali la famiglia, la scuola, l'ambiente di lavoro ed il sistema sanitario.

Bibliografia

Ambrose, S. E., Appenzeller, M., & Desjardin, J. L. (2020). Evaluating self-efficacy in parents of children with hearing loss. *Hearing Journal*, 73(9), 35-36.

Ambrose, S. E., Appenzeller, M., Mai, A., & DesJardin, J. L. (2020). Beliefs and Self-Efficacy of Parents of Young Children with Hearing Loss. *Journal of early hearing detection and intervention*, 5(1), 73–85.

Argentero, P. and Cortese, C., 2018. *Psicologia delle organizzazioni*. Milano: R. Cortina.

Baglama, B., Haksiz, M., & Uzunboylu, H. (2018). Technologies Used in Education of Hearing Impaired Individuals. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 13(09), pp. 53–63.

Bandura, A. (2008). Toward an Agentic Theory of the Self. In H. W. Marsh, R. G. Craven, & D. M. McInerey (Eds.), *Self-Processes, Learning, and Enabling Human Potential* (pp. 15-49). *Advances in Self-Research*, Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Bandura, A., 2000. *Autoefficacia*. Trento: Centro studi Erickson.

Bandura, A., 2012. *Adolescenti e autoefficacia*. Trento: Erickson.

Ellis, S., Sheik Ali, S., & Ahmed, W. (2021). A review of the impact of hearing interventions on social isolation and loneliness in older people with hearing loss. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 278(12), 4653–4661.

Ellis, S., Sheik Ali, S., & Ahmed, W. (2021). A review of the impact of hearing interventions on social isolation and loneliness in older people with hearing loss. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(12), 4653-4661.

Gagné, J. P., Jennings, M. B., & Southall, K. (2009). Understanding the stigma associated with hearing loss in older adults. *Hearing care for adults*, 203-12.

Gandy, Anna Magee, "Examining the impact of parental self-efficacy on the early intervention process for families with a child who is deaf or hard of hearing" (2014). *Independent Studies and Capstones*. Paper 695. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine.

Gatehouse, S., & Noble, W. (2004). The speech, spatial and qualities of hearing scale (SSQ). *International journal of audiology*, 43(2), 85-99

Ma, Y., Liang, C., Yang, X., Zhang, H., Zhao, S., & Lu, L. (2021, October). The Effect of Social Media Use on Depressive Symptoms in Older Adults with Self-Reported Hearing Impairment: An Empirical Study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1403). MDPI.

Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46.

- Mason, L. (2000). *Psicologia dell'apprendimento e dell'istruzione*, Bologna: Il Mulino Ed.
- Mick P, Kawachi I, Lin FR. The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2014;150(3):378-384. doi:10.1177/0194599813518021
- Morata, T. C., Themann, C. L., Randolph, R. F., Verbsky, B. L., Byrne, D. C., & Reeves, E. R. (2005). Working in noise with a hearing loss: perceptions from workers, supervisors, and hearing conservation program managers. *Ear and hearing*, 26(6), 529–545. <https://doi.org/10.1097/01.aud.0000188148.97046.b8>
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1986). Learned helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of personality and social psychology*, 51(2), 435.
- Processi uditivi e apprendimento: confronto tra bambini affetti da ipoacusia monolaterale e bambini normoacusici / S. Cavicchiolo, C. Lerda, F. Cammera, M. Gaviraghi, A. Schindler, D. Zanetti, U. Ambrosetti, F. Di Berardino. ((Intervento presentato al 36. convegno Congresso Nazionale della Società Italianadi Audiologia e Foniatria-SIAF tenutosi a Siena nel 2017. P. 6*
- Roversi, A., 1987. *Diagnosi e Terapia*. Milano: Garzanti Editore s.p.a., Milano.
- Smith, S. L., Kathleen Pichora-Fuller, M., Watts, K. L., & La More, C. (2011). Development of the listening self-efficacy questionnaire (LSEQ). *International Journal of Audiology*, 50(6), 417-425.
- Streufert, Amy M., "Quality of life measure for adolescents and children with hearing loss" (2008). *Independent Studies and Capstones*. Paper 437. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine.
- Swierniak W, Gos E, Skarzynski PH, Czajka N, Skarzynski H. The accuracy of parental suspicion of hearing loss in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2021 Feb; 141:110552. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110552. PMID: 33341715.
- Vianello, Renzo. *Psicologia, sviluppo, educazione*. UTET università, 2015.
- Wallhagen, M. I. (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 50(1), 66-75.
- Warner-Czyz AD, Loy BA, Evans C, Wetsel A, Tobey EA. Self-Esteem in Children and Adolescents With Hearing Loss. *Trends in Hearing*. December 2015. doi:10.1177/2331216515572615
- Wingfield, A., Tun, P. A., & McCoy, S. L. (2005). Hearing Loss in Older Adulthood: What it is and How it Interacts With Cognitive Performance. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 144–148.
- Winnicott, D., 1987. *I bambini e le loro madri*. Milano: Cortina.

Sitografia

Ambrosetti U., *La diagnosi precoce della sordità infantile*, www.afacantu.it, aggiornato al 02/05/2013, <http://www.afacantu.it/x-atti/2013/attidue.pdf>

Amioni C., *Le ipoacusie infantili*, fdocumenti.com, aggiornato al 23/02/2019, <https://fdocumenti.com/document/le-ipoacusie-infantili-unifeit-le-ipoacusie-infantili-claudia-aimoni-clinica.html?page=1>

D'angelo S., *L'orecchio umano*, itimarconinocera.org, aggiornato al 2014, https://www.itimarconinocera.org/sito/menu/dipartimenti/tecnico_scientifico_informatica/corso_musica_elettronica/13.htm

Inverso D., *Hearing Loss Factsheet (for Schools)*, kidshealth.org, aggiornato al 03/2021, <https://kidshealth.org/en/parents/hearing-factsheet.html>

Ministero della Salute, *3 marzo 2022, Giornata mondiale dell'udito*, www.salute.gov.it, aggiornato al 02/03/2022, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=5811

Palmeri G., *La sordità infantile: classificazione, eziologia, diagnosi e terapia della sordità del bambino*, www.giampaolopalmeri.it, aggiornato al 07/08/2012, <https://www.giampaolopalmeri.it/la-sordita-infantile/>

Progetto udire, *Ipoacusia: un potenziale problema per chi guida*, www.progettoudirevarese.it, aggiornato 15/01/2017, <https://www.progettoudirevarese.it/ipoacusia-potenziale-problema-guida/>

Sarti A., *Ipoacusia e disturbi cognitivi tra i giovani: attenzione ai sintomi*, www.cupsolidale.it, aggiornato al 22/03/2021, <https://www.cupsolidale.it/ipoacusia-giovani-sintomi-e-rimedi>