

MARIO FULCHERI *, GABRIELLA DE MARTINI **,
LORENZO PINESSI ***

RILIEVI SUI PROBLEMI PSICOLOGICI DEI BAMBINI CON DEFICIT UDITIVO

Un completo, normale ed armonico sviluppo psicofisico ha come presupposto l'integrità delle capacità sensoriali.

La sensorialità assume con la percezione un ruolo primario ed una fondamentale importanza nel determinismo delle azioni umane (12). Una limitazione sensoriale genera spesso sia ritardi e deficit nello sviluppo intellettuale che disturbi della sfera affettiva e comportamentale, facilitando l'insorgenza di un sentimento di inferiorità e di insicurezza, al quale si oppone adlerianamente l'aspirazione alla supremazia, reagendo mediante meccanismi ed artifici di difesa, compensazioni talora « positive », più spesso « negative » o devianti e patologiche.

Oggetto di quest'indagine, che vuole costituire un contributo di tipo clinico, è la situazione e la problematica psicologica dei bambini affetti da alterata funzionalità uditiva.

* * *

Ci sembra opportuno premettere un breve accenno a proposito dei tipi e delle possibili cause di deficit uditivo dell'infanzia, oltre che dare alcune denizioni basilari su che cosa si intende per sordo, sordomuto, sordastro e debole d'udito.

Si parla, come noto, di sordi nel caso di individui che abbiano perso in modo totale e bilateralemente la funzione uditiva, ma dopo aver acquistato un linguaggio normale. Se tale perdita to-

* Medico interno nella clinica Psichiatrica dell'Università di Torino.

** Dottore in Filosofia.

*** Assistente presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Torino.

talè avviene prima dell'acquisizione del linguaggio si parla allora di sordomuti. Sordastri sono invece coloro che hanno dalla na-

Useremo invece il termine di « deboli di udito » per indicare chi abbia un deficit acquisito che gli permetta però, con sussidi protesici o per mezzo della lettura labiale o mano-labiale, una soddisfacente comunicazione.

* * *

Anche sotto il profilo psicologico e psicopatologico si pongono alcune differenziazioni. Citiamo a questo riguardo de Ajuriaguerra (6), che, trattando gli aspetti psicologici del bambino audioleso, propone la seguente suddivisione: in una prima classe colloca « il bambino con ipoacusia congenita che, in quanto sordomuto, presenta prioritariamente disordini dello sviluppo intellettuale e, solo se correttamente e tempestivamente stimolato, riuscirà a raggiungere un livello intellettuivo quasi nella norma ».

Tale Autore pone in evidenza in questi soggetti la frequente comparsa di disordini dell'organizzazione percettivo-visuale, di disturbi psicomotori frequentemente associati ad anomalie della personalità e dello sviluppo affettivo.

La mancanza di stimoli uditivi e la contemporanea impossibilità ad usare il linguaggio portano ad un alterato contatto del sordomuto con il suo ambiente e la difficoltà di comunicare in un mondo organizzato in funzione del linguaggio, non soltanto frenerà le potenzialità intellettive, ma molto spesso potrà essere all'origine di sintomi francamente nevrotici spesso con elementi marginali.

A conferma di tali tesi, citiamo lo studio condotto in ipoacusici da Ives (14) mediante tests sia di livello che proiettivi, per cui l'Autore (al termine delle proprie indagini) conclude che lo sviluppo delle conoscenze appare ritardato nel bambino ipoacusico e ciò crea sia un ritardo intellettuivo sia una globale immaturità della personalità.

De Ajuriaguerra suddivide poi i bambini affetti da sordità acquisita in ipoacusici del periodo preverbale, evidentemente con problemi simili a quelli su esposti, ed in ipoacusici del periodo

compreso tra i cinque e i dieci anni di età, dove sono presenti buone possibilità di recupero. Dedica poi una ulteriore analisi alle scita o dalla primissima infanzia una grave turba dell'udito, ma comunque con residui tali che permettano loro di imparare, con opportuni sussidi strumentali, un linguaggio che può variare dal normale all'intelligibile.

sordità adolescenziali generatrici specificatamente di aggressività rivolta verso l'esterno (caratteropatie) o verso se stessi con conseguente tendenza alla depressione.

Ricordiamo a questo proposito sia la teoria adleriana (1, 2, 3, 4, 5), che afferma essere l'aggressività uno dei comportamenti più frequenti di fronte alla frustrazione legata a sentimenti di inferiorità, che l'ipotesi di Claparède (8) che parla specificatamente di « compensazione aggressiva » e la elenca al 4° posto tra le modalità compensative dei sentimenti di inferiorità.

Sulle conseguenze sociali che la riduzione dell'udito comporta esistono dati statistici significativi riguardanti l'Italia. Ne riportiamo alcuni: Del Bo e Coll. (9) affermano esistere nel nostro paese circa cinque milioni di persone affette da turbe uditive, di cui seicentomila portatori di gravi ipoacusie e circa ben settantamila « sordomuti ».

Peraltro già al secondo Congresso Italiano di Medicina Forense tenuto a Roma nel 1962, Bollea (7) riferì i seguenti dati epidemiologici per quanto concerneva le ipoacusie infantili: dai 20.000 ai 25.000 casi di bambini sordi e circa mezzo milione di sordastri (non era stata possibile una precisa indagine sulle lievi alterazioni).

* * *

Entriamo ora in merito al principale oggetto della nostra indagine e concentriamo la nostra attenzione sugli aspetti psicologici e psicopatologici del bambino con deficit uditivi.

Attraverso l'udito si riceve passivamente quello che costituisce il mezzo fondamentale della comunicazione interumana, il linguaggio.

Sapir scrisse che il linguaggio è come una casa ammobiliata in cui ci stabiliamo e cominciamo ad usare, scoprendone a poco a poco le varie strutture. Il bambino sordo non ha la chiave di quella casa e non può entrarvi. Deve restare fuori dal mondo

di parole in cui viviamo e non può apprendere il linguaggio nel mondo automatico con cui lo apprende chi ode. Mentre il bambino che ha un udito normale tende ad identificarsi con i genitori, cioè impara a conoscere i modi di espressione del padre e della madre, notando che a determinati suoni, i quali successivamente saranno identificati come parole, corrispondono determinate reazioni, i bambini sordi o ipoacusici, non potendo usufruire delle esperienze sopra descritte, per identificare gli atteggiamenti degli altri nei loro confronti devono servirsi degli altri sensi, soprattutto della vista.

La mancanza o la limitazione dunque di un canale di informazione così importante come l'udito comporta all'audioleso una deficitaria possibilità comunicativa per cui una parte del mondo che lo circonda sfugge alla sua conoscenza ed egli « altro fra gli altri » e « altro per gli altri » (6) si trova di fronte alle più svariate situazioni in posizione di inferiorità.

Tale stato di inferiorità si ritiene essere alla base di quadri sintomatologici caratterizzati da « comportamento bizzarro » (spesso interpretato e diagnosticato come para-autistico), da manifestazioni « caratteriali » con instabilità psicomotoria e tendenza al ripiegamento su se stessi, da stati neurotici depressivi o fobico-ossessivi, da immaturità affettiva, da disordini psicosessuali.

Un deficit uditivo trascina con sé insicurezza profonda e ricerca d'affetto e comprensione, genera ansia e mette in moto meccanismi compensatori spesso patologici, ha riflessi negativi tanto sulla loquela quanto sullo sviluppo intellettivo, per cui spesso si genera un disadattamento scolare.

Tale ipotesi trova conferma nel risultato ottenuto con l'osservazione dei casi venuti presso il Centro Medico Psicopedagogico di un servizio sanitario di Torino e che presentavano deficit uditivi di varia gravità. La serie dei casi da noi esaminata è costituita da un gruppo di 20 soggetti, dai sette ai quattordici anni di età, a cui è stata applicata indagine psicometrica (effettuata con scala di intelligenza Wechsler per fanciulli e Terman-Merril), approfondita osservazione psicologica clinica (corredatta dal test psicodiagnostico di Rorschach) ed associata indagine socio-ambientale.

Ecco in sintesi i rilievi che ci sono parsi più significativi:

- a) Mentre il Q.I. totale è risultato nel 35 % dei casi inferiore alla norma, considerata tra 90 e 110, solo nel 15 % dei soggetti la prova di performance ha espresso valori al di sotto della media.
- b) Direttamente proporzionale al deficit uditivo, valutato con esame audiometrico, è stato il rendimento ai tests verbali, mentre non proporzionale è risultato il rapporto tra deficit e punteggio alle prove manuali.
- c) Le strutture noetiche al reattivo di Rorschach sono state giudicate per l'80 % dei soggetti come « normosviluppate ».
- d) In tutti i casi si è lamentato anamnesticamente un ritardo della fonazione variabile da un minimo di 12 mesi ad un massimo di tre anni, mentre sono risultati praticamente entro la norma gli altri parametri riguardanti lo sviluppo psicofisico.
- e) I soggetti esaminati presentavano inoltre i seguenti quadri clinici: fenomeni disalici erano coesistenti nel 90 % dei casi, l'enuresi era presente nel 60 % dei casi, onicofagia nel 70 %, tricotillomania nel 15 %, tics nel 35 %, « timidezza ed insicurezza » nel 60 % dei casi, depressione del tono dell'umore nel 40 %, spunti fobici nel 20 %, crisi d'ansia nel 35 %, incubi notturni nel 70 % dei casi.
- f) Il disturbo della memoria addotto dagli insegnanti e/o dai genitori è risultato presente nel 100 % dei soggetti in esame.

Dato che nella maggioranza dei casi l'intervento è stato richiesto per un alterato adattamento scolare (con dubbi e quesiti posti dal corpo insegnante nei riguardi di sospetta oligofrenia o caratteropatia), riteniamo utile soffermarci su tale problema, riferito al deficit acustico, anche perché analogo discorso potrà essere sviluppato nei confronti di altre situazioni di inferiorità organica.

Nel nostro contesto culturale la scuola rappresenta un ambiente sociale di particolare importanza sia per il suo intrinseco valore funzionale che per il ruolo sostenuto nella formazione dello stile di vita individuale. Ricordiamo che la scuola favorirebbe lo sviluppo dei sentimenti di inferiorità in misura incommensurabilmente maggiore dell'ambiente familiare.

Possiamo definire il *disadattamento scolastico* come « *specifico stile* » di comportamento che esprime l'atteggiamento dello scolaro nei confronti dell'ambiente con cui viene a contatto durante la scuola (16). A sua volta l'esperienza dell'insuccesso scolastico può strutturare e rafforzare una coscienza di inferiorità tale da inibire il soggetto e favorirne l'inerzia mentale ed il rallentamento dello sviluppo, costituendo il primo anello di una catena di successivi e ben più gravi *disadattamenti sociali*, se non talora di vere e proprie situazioni psiconevrotiche di varia gravità.

Attraverso la nostra indagine abbiamo constatato che, nonostante in campo scientifico sia ormai smentita da tempo, e categoricamente, una qualsiasi correlazione tra ipoacusia e deficit intellettivo (18), pur tuttavia nella mentalità comune tale « *credenza* » è ancora molto diffusa, compreso il contesto scolastico, per cui la scuola, generando confronti interpersonali negativi, provoca ulteriori traumi psichici che a loro volta incrementano il senso di inferiorità e le sue compensazioni abnormi (17).

Vogliamo ricordare che nella quasi totalità dei casi attraverso il diretto intervento dell'équipe sia sotto il profilo medico (in tre casi si è ricorsi a protesiizzazione precoce) che psicoigienico (rivolto alla famiglia ed al corpo insegnante), abbiamo riscontrato netto miglioramento del rendimento scolare (si è ottenuta la promozione nell'80 % dei casi) e parallela remissione dei collaterali sintomi psiconevrotici.

Ed è proprio sulle modalità di intervento e sulla utilizzazione della metodologia adleriana, che riteniamo di indubbia pregnanza (dato che l'ipotesi su cui si fonda la *individual-psicologia* è proprio il concetto di inferiorità organica), che vogliamo ora soffermare la nostra attenzione.

L'intervento psicoterapico cui abbiamo sottoposto alcuni dei giovani audiolesi venuti alla nostra osservazione è stato rivolto non solo a loro ma esteso ai loro familiari.

Per quanto concerne i giovani audiolesi, ci è parso opportuno che l'intervento psicoterapico dovesse seguire e poggiare su almeno tre direzioni.

Innanzi tutto ci siamo preoccupati del recupero dei giovani audiolesi facilitando buone compensazioni sostitutive, quindi ab-

biamo cercato di addestrarne la mimica ed infine di favorire la loro vita in scuola e in comunità.

Il primo punto è senz'altro essenziale del trattamento psicoterapico secondo l'ottica adleriana. Per il bambino con deficit uditivo, e quindi chiaramente con un organo carente, è di fondamentale importanza l'incoraggiamento a sviluppare compensazioni sostitutive in altri settori. Tutti i settori possono essere validi a questo fine, ma in ispecie quelli visivi. Si tratterà di abituare i piccoli audiolesi alla acuità visiva, addestrarli a discriminazioni molto precise, a osservare i piccoli dettagli; non solo, si cercherà di suscitare in loro un interesse per le arti figurative basate sulla vista e sul tatto, come la pittura e la scultura. Queste ultime possono rappresentare sia un canale di comunicazione sia un qualcosa da esibire fatto da loro stessi.

Per quanto concerne il secondo punto, va detto come l'ipacusico sia portato assai spesso ad una mimica carente ed inadeguata o ancorché su posizioni di difesa e di diffidenza nei confronti dell'ambiente che lo circonda — a differenza ad esempio del cieco, che dell'ambiente ha bisogno — c'è in lui un'espres-sione mimata e circospetta che non favorisce certo l'attenzione e l'affetto degli altri.

Sovente il sordo finisce per acquisire una particolare sensibilità alla derisione che compensa con due linee negative: con l'astensionismo introverso e l'isolamento sociale, e con l'aggressività, partendo cioè all'attacco con ironia e con critiche in modo da prevenire quasi la derisione.

Occorre dunque opportunamente addestrare a poco a poco la mimica del giovane audioleso, facendogli capire come la simpatia e la collaborazione dell'ambiente debbano essere conquistate in qualche modo.

I due punti su esposti dovrebbero costituire le prime due tappe dell'intervento psicoterapico secondo un'impostazione adleriana nei casi di bambini con deficit uditivo.

Al termine di questo primo periodo, e cioè quando già sia stata acquisita una certa sicurezza nel rapporto con gli altri, è opportuno stimolare e favorire il pieno inserimento in scuole e in comunità, dove è possibile raggiungere maggiori livelli di sicurezza ed aprire nuovi canali di comunicazione con il resto

del mondo, mettendo così alla prova proprio la sicurezza acquisita. Nel caso di sordomuti quasi sempre la presa di rapporto con gli altri è facilitata dal fatto di essere in due o più sordomuti ad inserirsi e a venire a contatto con gli altri. E' opportuno far leva sui soggetti ben compensati per inserire i meno ben compensati: infatti il fatto stesso di vedere uno già sordomuto o sordastro avere acquisito un buon rapporto interpersonale ed essersi ben socializzato può essere molto stimolante per l'audioleso ancora insicuro, a cercare di imitarlo.

Per quanto concerne l'intervento sui familiari, dobbiamo rilevare come nello sviluppo della personalità del bambino ipoacusico rivesta una particolare importanza l'atteggiamento talora incongruo dei genitori nei suoi riguardi.

Per lo più i figli sono visti dai genitori come simbolo della loro efficienza e salute, oltre che una proiezione della loro personalità. Molti genitori di ipoacusici provano una certa vergogna nel vedere il loro figlio che si rivolge ad estranei con gesti e smorfie anzichè con parole, sicché tentano di forzare l'apprendimento del linguaggio, aumentando lo stato di insicurezza e di ansia del figlio.

Questo atteggiamento dei genitori con i figli è in un certo senso l'immagine di quello che fanno le istituzioni per sordi, a livello sociale. Tutto ciò è stato bene espresso da Silverman, che ha toccato il punto cruciale scrivendo: « E' strano come quando vogliamo fare qualcosa per aiutare i sordi concentriamo tutti i nostri sforzi sull'udito che non hanno, invece di lavorare con i sensi che essi hanno ed usare le possibilità che dimorano in questi sensi ».

Sostanzialmente i tipi di comportamento pedagogico negativo da parte dei genitori sono tre: l'iperprotezione, l'autonomizzazione eccessiva, il rifiuto.

L'iperprotezione ed il comportamento, con conseguente e costante risoluzione dei problemi da parte dei genitori, riducono l'autonomia dei bambini audiolesi ed impediscono loro di addestrarsi come dovrebbero.

L'autonomizzazione eccessiva impone con durezza e non sostenuta dall'affettività esteriore — come potrebbe essere il caso di genitori spartani — dà parimenti risultati negativi.

Il rifiuto, infine, (alcuni genitori tendono a rinnegare il figlio, anche senza ammetterlo, considerandolo disonorante perché menomato, e rivolgono preferenzialmente le attenzioni verso altri fratelli) è forse l'atteggiamento pedagogico peggiore che possa venire da parte dei genitori.

A questi modelli anomali e negativi di atteggiamento familiare nei confronti dei bambini con deficit uditivo si deve sostituire quello positivo di un processo di « incoraggiamento » affettivo ma responsabilizzante, nella linea psicopedagogica adleriana (4, 5) (rimandiamo, a questo proposito, alle opere di Dinkmeyer e Dreikurs) (10, 11).

Spesso, e ci riferiamo alla nostra esperienza personale, è stata sufficiente l'affermazione del normale rendimento intellettuale sociale e del rendimento scolare per determinare un miglioramento nel rapporto di comunicazione genitori-figli (ciò si può integrare con la problematica a livello della pragmatica della comunicazione (Haley, etc.) (13) ed assistere a una discreta remissione del corollario sintomatologico.

Va detto infine come spesso l'atteggiamento dei due genitori non sia univoco ma discordante, con conseguente tensione intrafamiliare, e quanto utile possa essere una psicoterapia familiare, ovvero qualche colloquio psicologico, estesa anche ai fratelli.

Possiamo, concludendo, affermare come la metodologia adleriana, unitamente al miglior training audiologico possibile (vale a dire diagnosi tempestiva del deficit uditivo e protesizzazione precoce), ci sembri essere particolarmente idonea sia come strumento psicopedagogico sia come intervento psicoterapeutico nei casi di deficit uditivi infantili.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER A.: *Il temperamento nervoso* (1912), Newton Compton, Roma, 1972.
- 2) ADLER R.: *L'enfant difficile* (1930), Payot, Paris, 1949.
- 3) ADLER A.: *Le sens de la vie* (1933), Payot, Paris, 1963.
- 4) ADLER A.: *Psicologia dell'educazione* (1930), Newton Compton, Roma, 1975.
- 5) ADLER A.: *Psicologia del bambino difficile* (1930), Newton Compton, Roma, 1973.
- 6) DE AJURIAGUERRA J.: *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson & C., Paris, 1970.
- 7) BOLLEA: *Atti del II Congr. Ital. di Med. Forense*. Roma, ottobre, 1962.
- 8) CLAPADERE E.: *Le sentiment d'infériorité chez l'enfant, Cahiers de Pedagogie expérimentale et de Psychologie de l'enfant*. I, Genève, 1934.
- 9) DEL BO M., CIPPONE, DE FILIPPIS A.: *La sordità infantile grave* (1972), Armando, Roma, 1974.
- 10) DINKMEYER D., DREIKURS R.: *Il processo di incoraggiamento* (1963), Giunti & Barbera, 1974.
- 11) DREIKURS R.: *Psicologia in classe* (1961), Giunti & Barbera, 1972.
- 12) GRUNEBEAM H. V., FREEDMAN S. J.: *Sensory deprivation and personality*. Am. J. Psych. 116: 478-882, 1960.
- 13) HALEY J.: *Le strategie della psicoterapia* (1963), Sansoni, Firenze, 1974.
- 14) IVES L. A.: *Deafness and the development of intelligence*. Brit. J. Disorders Commun. 2/2, 96-111, 1967.
- 15) MANSUETO ZECCA G., RAVINA MUZIO N.: *Rapporti tra sentimenti di inferiorità e malaggiustamento scolastico*. Infanzia anormale, 93, 964, 1968.
- 16) PARENT P., GONNET C.: *Problemi del disadattamento scolastico*. Armando, Roma, 1967.
- 17) PARENTI, ROVERA e Coll.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale*. Cortina, Milano, 1975.
- 18) SILVA A.: *Facoltà intellettive ed ipoacusia infantile congenita: alcune considerazioni*. Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria, anno XXXV, fasc. I, 1974.