

Victoria Caricato, Jessica Pistella, Nicola Carone, Roberto Baiocco  
**Il benessere in un gruppo di adulti sordi: orientamento sessuale e percezione della sordità come disabilità**

(doi: 10.1482/96297)

Psicologia sociale (ISSN 1827-2517)

Fascicolo 1, gennaio-marzo 2020

**Ente di afferenza:**

*Università la Sapienza di Roma (Uniroma1)*

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

**Licenza d'uso**

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

---

# Il benessere in un gruppo di adulti sordi: orientamento sessuale e percezione della sordità come disabilità

*Victoria Caricato, Jessica Pistella, Nicola Carone  
e Roberto Baiocco*

*Obiettivo del presente studio esplorativo è indagare il ruolo dell'orientamento sessuale e della percezione della sordità come disabilità nell'influenzare il benessere delle persone sorde. Hanno partecipato allo studio 47 adulti sordi (28 donne e 19 uomini) di cui 21 si dichiarano lesbiche oppure gay. Per lo studio sono stati prodotti video di traduzione in lingua dei segni dell'intera batteria (consegne, item e alternative di risposta), mantenendo anche l'italiano scritto per le persone sorde oraliste. In linea con la letteratura, percepire la sordità come una caratteristica piuttosto che come una patologia è associato a maggiori livelli di soddisfazione di vita. L'orientamento sessuale non sembra invece influenzare i livelli di solitudine, evitamento sociale e soddisfazione di vita.*

Appartenere a una minoranza (ad esempio sorda, basata sulla propria identità sessuale, etnica o religiosa) espone generalmente l'individuo a uno stigma, in quanto *differente* o *deviante* da ciò che la cultura dominante propone come *norma*. La compresenza di due o più status minoritari, nello specifico l'essere una persona sorda e definirsi lesbica, gay o bisessuale (LGB), potrebbe predisporre le persone a maggiori rischi di esclusione, isolamento e a una doppia forma di discriminazione (Sinecka, 2008). La teoria dell'intersezionalità

(Crenshaw, 1989; 1990) fornisce le basi per analizzare le diverse identità che assumono i gruppi minoritari al fine di comprendere come ogni appartenenza che definisce il Sé modelli l'altra e in che modo coloro che vivono intersezioni multiple si adattano alle diverse forme di discriminazione vissute (Moges, 2017). Tuttavia è interessante sottolineare come nel panorama scientifico la maggior parte dei contributi sull'intersezionalità si concentrino sulla compresenza di identità minoritarie relative a genere, etnia e orientamento sessuale e ci siano invece pochissimi studi che prendono in considerazione le disabilità in relazione con altri status minoritari: tale intersezione, nonostante sia ancora poco studiata, rientra comunque nel modello di *Intersectional Invisibility* (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008).

Gli studi sulla disabilità, benché caratterizzati da una varietà di approcci e metodologie, condividono il presupposto teorico per cui la disabilità non sia unica-

mente la conseguenza di un particolare deficit, bensì il risultato di uno squilibrio tra la persona con disabilità e la società. È possibile dunque considerare le persone con disabilità come appartenenti a minoranze sia politiche sia identitarie, in quanto considerate diverse da una maggioranza abile e privilegiata, in continua negoziazione dei propri diritti e della facoltà di esistere al di sopra di ogni forma di patologizzazione della propria condizione (Kafer, 2013; McRuer, 2006; Sandahl, 2003). Secondo il documento redatto dall'UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation) nel 1976, chiamato *Foundamental Principles of Disability*, la definizione diagnostica della disabilità è la misura dell'anormalità rispetto agli standard funzionali che altro non sono se non un ideale di funzionamento del corpo adulto; se non venisse costruita culturalmente come stigma, la disabilità non sarebbe uno svantaggio, come non lo sarebbe il colore della pelle o l'orientamento sessuale.

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) introduce l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tale revisione enfatizza non solo gli aspetti legati alla disabilità ma anche quelli relativi alla salute utilizzando due termini ombrello: *disabilità* e *funzionamento*. Con *disabilità* s'intende l'interazione tra individuo e ambiente in termini negativi, mentre con *funzionamento* gli aspetti positivi di tale interazione. L'ICF, dunque, basandosi sul Modello Biopsicosociale, descrive il funzionamento umano come prodotto dell'interazione dinamica tra individuo e contesto.

Molto utile a tal proposito è la differenza che viene operata tra *capacità*, definibile come il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un dato contesto e in un dato momento e *performance*, cioè ciò che l'individuo fa nel suo ambiente e le sue esperienze di vita in un determinato contesto. Si nota quindi come, nell'ICF, siano state accolte alcune istanze del Modello Sociale della Disabilità. Il punto innovativo della nuova classificazione consiste proprio nel non concepire la disabilità come mera conseguenza del corpo, ma come esperienza multifattoriale, data da fattori materiali e sociali (OMS, 2001).

Nonostante la grande diversità delle esperienze individuali, le persone con disabilità possono condividere gli effetti oppressivi della cultura dominante. Il Modello Sociale della Disabilità (Barnes, 2008) propone lo sviluppo di una politica identitaria della disabilità, così come è stato per le politiche identitarie delle minoranze sessuali, che fa dello stigma una piattaforma di rivendicazione e orgoglio della propria individualità e dei propri diritti. Il riconoscimento di un'identità di minoranza non porta sicuramente alla scomparsa del deficit, ma elimina la connotazione di disabilità o handicap e con essa i sentimenti di esclusione, isolamento e stigmatizzazione che vivono gli appartenenti a un gruppo minoritario. Esempio privilegiato di tale punto di vista è dato dalla Comunità Sorda che non si identifica con la definizione medica di sordità come menomazione, quanto invece come minoranza linguistica, portatrice di cultura.

Secondo Jhonson e Erting (1989) per Comunità Sorda si intende un gruppo etnico nel quale la lingua dei segni contribuisce alla creazione e al mantenimento

dei confini. Russo Cardona e Volterra (2007) riportano che le persone sorde che vivono in posti del mondo anche molto lontani tra loro hanno una serie di caratteristiche molto simili, come ad esempio le abitudini e i modi di vivere legati alla loro condizione. Un esempio è la maggiore importanza attribuita alle relazioni amicali anche a discapito degli impegni lavorativi da parte della Comunità Sorda rispetto alla popolazione adulta udente: l'appartenenza alla comunità è infatti fondamentale e prioritaria per la realizzazione personale e l'affermazione della propria identità.

Molti studi hanno evidenziato come la sordità risulti strettamente legata a bassi livelli di salute mentale e benessere psicologico (Theunissen, Rieffe, Netten, Briaire, Soede, Kouwenberg & Frijns, 2014; Weisel & Kamara, 2005); minore capacità di regolazione emotiva e autonomia personale (Calderon & Greenberg, 2003; Harvey, 2003); limitata autoefficacia nelle proprie capacità e poca iniziativa personale, intesa come operosità nel prendere iniziative utili a migliorare la propria esperienza (Lu, Hong, Yu, Ling, Tian, Yu & Chang, 2015; Meadow-Orlans, 1995); e un maggior senso di inferiorità rispetto alle persone udenti (Klansek-Kyllo & Rose, 1985).

## **1. Minority Stress Model: sordità e orientamento sessuale**

In riferimento all'orientamento sessuale, le esperienze di discriminazione subite, così come il pregiudizio e lo stigma percepito dalle altre persone, costituiscono dei fattori di stress cronici micro (ad esempio omettere o modificare quotidianamente il genere della propria partner o del proprio partner al fine di nascondere il proprio orientamento sessuale) e macro-traumatici (ad esempio esperienze di vittimizzazione subita) nelle persone non eterosessuali o con un'identità di genere diversa dal sesso attribuito alla nascita (Herek, 2009; Herek, Gillis & Cogan, 2009; Toomey & Russell, 2013). Tale stress aggiuntivo causato dall'appartenere a una minoranza sessuale rientra nel quadro teorico del *Minority Stress Model* (Meyer, 1995; 2003). Secondo questo modello, il minority stress o stress da minoranza è causato da: 1) esperienze dirette di discriminazione e violenza (come nel caso del bullismo vissuto); 2) aspettative di essere rifiutati dalle altre persone (ad esempio leggere sui giornali episodi di violenza verso una ragazza lesbica o un ragazzo gay); 3) stigma sessuale interiorizzato (si veda Frost, 2011; Lick, Durso & Johnson, 2013; Lingiardi, Baiocco & Nardelli, 2012).

Lo stigma sessuale interiorizzato è definibile come l'insieme dei sentimenti negativi che le persone possono provare nei confronti di sé stesse in quanto non eterosessuali. È come se si assimilasse e si facesse proprio il pregiudizio sociale e lo si rivolgesse contro sé stesse e sé stessi. La propria omosessualità diventa quindi un nemico interno che è difficile vedere e ancora più difficile combattere. Le emozioni che caratterizzano lo stigma sessuale interiorizzato sono generalmente il senso di colpa, ad esempio, verso i propri genitori, il disprezzo verso sé stesse e sé stessi, la rabbia nei propri confronti oppure delle altre persone, il senso di inferiorità in

particolare rispetto alle proprie coetanee e ai propri coetanei, la convinzione di essere malata o malato. Per questi motivi lo stigma sessuale interiorizzato è una delle caratteristiche maggiormente associate al malessere psicologico, in particolare, ansia, depressione e abuso di sostanze, delle ragazze e dei ragazzi appartenenti a minoranze sessuali (Herek, 2009; Herek et al., 2009).

Inoltre, molti studi riportano che lo sviluppo dello stigma sessuale interiorizzato rappresenta una delle principali barriere nella decisione di rivelare il proprio orientamento sessuale ad altre persone significative della propria vita (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002; Pistella, Salvati, Ioverno, Laghi & Baiocco, 2016), compromettendo il benessere della persona. Dall'altra parte, alcune ricerche riportano che nascondere il proprio orientamento sessuale può rappresentare una strategia difensiva per attenuare gli effetti negativi dello stigma sessuale vissuto e percepito sul benessere e sulla salute mentale delle persone appartenenti a minoranze sessuali (D'Augelli et al., 2002; Salvati, Pistella, Ioverno, Laghi & Baiocco, 2018).

Il Minority Stress Model può essere applicato non solo alle minoranze sessuali ma anche alla comunità delle persone sorde, infatti ogni situazione sociale caratterizzata da discriminazione o pregiudizio rappresenta una forma di stress cronico, connesso alla propria identità minoritaria e alla maggiore probabilità di essere soggetti a stigmatizzazione sociale. Lo stress da minoranza può essere descritto come la giustapposizione tra i valori dominanti e minoritari, e il risultante conflitto vissuto dai membri di un gruppo di minoranza nei confronti dell'ambiente sociale (Meyer, 1995; 2003). Considerando che il minority stress può comportare emarginazione e isolamento, un fattore protettivo è l'appartenenza a una comunità da cui si può ricevere e offrire sostegno. Il sentimento di appartenenza a un gruppo consente alla persona di accettare la propria identità minoritaria con effetti positivi: sia la comunità sorda (Bat-Chava, 1993; Jambor & Elliott, 2005) sia quella delle persone LGB (Baiocco, Salvati, Carone, Ioverno, Nappa & Pistella, 2018b; Herek, 2009; Toomey & Russell, 2013) sono quindi davvero rilevanti nella promozione del benessere, dell'autostima e in generale di un'identità positiva.

## **2. Persone sorde e LGB nel contesto italiano e internazionale**

In Italia, la Comunità Sorda si è affermata negli ultimi anni come minoranza sociolinguistica con una propria identità e cultura, grazie alle ricerche sulla lingua dei segni italiana (LIS), che hanno dimostrato come essa risponda ai criteri di un'autentica lingua e hanno dato l'opportunità di vedere nella sordità non più solo un deficit, ma anche un diverso modo di affrontare ed entrare in relazione con l'ambiente (Bagnara, Fontana, Tomasuolo & Zuccalà, 2009). Avere una lingua in comune è un elemento importante nel favorire il senso d'appartenenza a un gruppo ed è per questo che l'identità sorda si riconosce essenzialmente nell'uso di un linguaggio comune, la LIS, che viene considerata da buona parte delle persone sorde come la

propria lingua naturale, che riflette i valori culturali e mantiene vive loro tradizioni (Fontana, 2017; Russo et al., 2007).

È ormai ampiamente nota la distinzione terminologica deaf-Deaf, la quale rimarca il concetto per cui una semplice denominazione possa diventare il simbolo di una comunità o di un gruppo sociale portando a una forma di rivendicazione di diritti politici e sociali. Se la prima rimanda alla sordità come deficit (deaf), la seconda (Deaf) dichiara che la sordità è un diverso modo di stare al mondo, sul quale si costruisce l'identità di una collettività: sentirsi *culturalmente sordo* significa «identificarsi in quello spazio sociale positivo che è la comunità dei Sordi: abitare metaforicamente e virtualmente la società» (Bagnara et al., 2009, p. 39). Non tutte le persone sorde, infine, utilizzano la LIS come modalità di comunicazione: *a*) coloro che non la utilizzano e si identificano come oralisti, prediligono la lingua verbale e la labiolettura e generalmente non si sentono parte della Comunità Sorda; *b*) quelli che la utilizzano, si ritengono parte della Comunità Sorda, rivendicano il proprio *orgoglio sordo* e considerano la sordità non come una patologia (Ladd, 2003).

Le persone sorde LGB possono essere considerate una minoranza in una minoranza, che nel contesto italiano, è spesso invisibile. Nonostante ciò, si è costituita in Italia un'associazione di persone sorde LGB, chiamata il *triangolo silenzioso*. L'associazione nasce nel 1993 per iniziativa di un gruppo di giovani adulti gay sordi. Il *triangolo silenzioso* collabora con le più importanti associazioni della comunità LGB fornendo informazioni, supporto, spunti di socializzazione e cercando di favorire l'integrazione e la comunicazione tra i suoi membri.

Sebbene le persone sorde in Italia siano quasi 100.000, davvero limitati o addirittura assenti sono gli studi quantitativi che indagano il benessere e le esperienze di vita delle persone sorde che si dichiarano LGB nel contesto italiano, probabilmente per le difficoltà di reclutamento del campione e le modalità di indagine necessarie per raccogliere dati con la LIS. Uno studio di Cappotto e Rinaldi (2016), utilizzando interviste semi-strutturate, ha evidenziato come i partecipanti ( $N = 12$ ) avevano vissuto in adolescenza in un contesto eteronormativo non potendo neanche disporre di un vocabolario specifico per descrivere il proprio orientamento sessuale. Inoltre, riportavano esperienze di discriminazione e bullismo a scuola e nei contesti sociali e riferivano di sentirsi completamente soli nel vivere un doppio stigma legato alla sordità e difficoltà nel definirsi LGB, in particolare nella fase preadolescenziale.

Nonostante l'esiguo numero di studi condotti in Italia sulle persone sorde che si dichiarano LGB, alcune ricerche internazionali hanno analizzato il loro benessere e la loro salute mentale. Ad esempio, Klinger (2007) evidenzia come all'interno della popolazione sorda, la percentuale di persone LGB sia nettamente più alta che nella popolazione generale. Inoltre, un altro studio dimostra che la Comunità Sorda ha generalmente un atteggiamento più positivo e inclusivo nei confronti delle persone appartenenti a minoranze sessuali (Zangas, 2005). Tuttavia, a nostra conoscenza, non sono presenti dati italiani quantitativi riguardo alla popolazione sorda LGB.

### 3. Il presente studio

Scopo della presente ricerca è indagare l'effetto dell'intersezione tra identità sorda e identità lesbica e gay (LG): in particolare lo studio si è concentrato sul ruolo dell'orientamento sessuale e della percezione della sordità come disabilità nell'influenzare il benessere delle persone sorde. La domanda di ricerca nasce dal numero ridotto di studi nel contesto italiano che abbiano coinvolto persone sorde appartenenti a minoranze sessuali e che abbiano previsto l'utilizzo della lingua dei segni come prima lingua nella raccolta dati.

Indipendentemente dall'orientamento sessuale, ipotizziamo che coloro che considerano la sordità una disabilità riportano un minor livello di soddisfazione di vita, maggiori livelli di solitudine ed evitamento sociale (H1; Barnes, 2008). Nel confronto tra persone LG e non LG l'ipotesi generale del presente studio è che le persone sorde e appartenenti a minoranze sessuali sperimentino maggiori vissuti di solitudine, evitamento sociale e un minore livello di soddisfazione di vita rispetto alle persone sorde eterosessuali (H2; Cappotto & Rinaldi, 2016). Non abbiamo ipotesi specifiche in merito alla differenza tra i due gruppi rispetto alla maggiore o minore vittimizzazione in quanto persone sorde o rispetto al considerare la sordità come disabilità.

Focalizzando poi l'attenzione solo sulle persone sorde LG, abbiamo voluto analizzare tre aspetti principali: *a*) il livello di vittimizzazione subito in quanto persona appartenente a minoranza sessuale; *b*) il processo del coming out o svelamento del proprio orientamento sessuale; *c*) il livello percepito di stigma sessuale interiorizzato rispetto al campione normativo italiano (persone udenti LG). Si ipotizza che l'appartenenza a una doppia minoranza (essere una persona sorda e LG) si configuri come un fattore di rischio per un maggior numero di esperienze di vittimizzazione (H3; Baiocco, Pistella, Salvati, Ioverno & Lucidi, 2018a), un ritardo nel processo di coming out e frequenze minori di svelamento ai propri genitori o alle proprie amiche/ai propri amici (H4; Pistella et al., 2016; Salvati et al., 2018) e un maggior livello di stigma sessuale interiorizzato rispetto al campione normativo italiano (H5).

#### 3.1. Metodo

##### 3.1.1. Creazione dei materiali

Al fine di raccogliere dati attendibili, gli strumenti di indagine utilizzati per questo studio sono stati forniti ai partecipanti sia in LIS (per partecipanti segnanti) sia in italiano scritto (per partecipanti oralisti). Già gli *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Psychological Association, 1985) mettevano in guardia a proposito dell'affidabilità dei risultati ottenuti tramite test per i quali è necessaria da parte della persona sorda la dimostrazione (diretta o indiretta) delle proprie competenze in una lingua verbale. In Italia, inoltre, è stato portato avanti un nutrito nu-

mero di studi sulle difficoltà linguistiche che le persone sorde possono incontrare nel confrontarsi con la lingua italiana (Bertone & Volpato, 2009; 2012; Caselli, Rinaldi, Stefanini & Volterra, 2009; Chesi, 2006; Franceschini & Volpato, 2015; Volpato & Adani, 2009).

L'intera batteria di strumenti è stata quindi tradotta in LIS, ispirandoci alle metodologie utilizzate in studi condotti all'estero che già hanno previsto questo tipo di traduzione (Crowe, 2002; Pardo-Guijarro, Woll, Moya-Martínez, Martínez-Andrés, Cortés-Ramírez & Martínez-Vizcaíno, 2013; Rogers, Young, Lovell, Campbell, Scott & Kendal, 2012). Alla traduzione degli strumenti hanno lavorato tre interpreti LIS, quattro persone sorde di cui due prelinguali (con sordità insorta entro i 18 mesi di età) e due postlinguali (con sordità insorta dopo i 36 mesi, dunque dopo l'acquisizione spontanea della lingua parlata) (Tomasuolo, 2006), con ottime competenze in entrambe le lingue.

### 3.1.2. Procedura

Terminato il lavoro di traduzione, adattamento e videoregistrazione della batteria (sono stati registrati video sia degli item e delle scale di risposta, sia delle indicazioni di ogni questionario) il materiale è stato caricato online utilizzando la piattaforma Unipark. Prima della diffusione dello studio, sono state contattate 8 persone sorde con diversi livelli di competenza sia in italiano sia in lingua dei segni, è stato chiesto loro di compilare il questionario in formato cartaceo (italiano) e in formato digitale (LIS), e di lasciare dei feedback sul livello di comprensione e di difficoltà nella compilazione di entrambe le forme proposte. Tutti i feedback risultavano concordi nel sostenere che la versione in LIS risultava più fruibile e non creava fraintendimenti (rispetto a quanto successo con il formato cartaceo). La ricerca è stata realizzata in accordo con gli standard etici stabiliti nella Dichiarazione di Helsinki e il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti, sia in italiano sia in lingua dei segni. Il comitato etico del Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione della Sapienza Università di Roma ha autorizzato la presente ricerca.

### 3.1.3. Partecipanti

I partecipanti sono stati reclutati attraverso campionamento a valanga (di tipo *snowball*) e mediante somministrazione online presso associazioni ed eventi culturali per persone sorde. I criteri d'inclusione per partecipare alla ricerca sono: *a*) essere una persona sorda, *b*) avere almeno 18 anni d'età, *c*) essere di nazionalità italiana. Il gruppo è composto da 47 persone sorde (28 donne e 19 uomini) di età compresa tra i 19 e i 60 anni ( $M = 35.53$ ;  $DS = 9.81$ ); rispetto all'orientamento sessuale, 21 partecipanti si dichiarano lesbiche oppure gay (44.7%) e 26 eterosessuali (55.3%). In

riferimento alla modalità di comunicazione privilegiata, il 94% (44 partecipanti) si definisce segnante mentre il 6% (3 partecipanti) si definisce oralista. Tuttavia, in 27 (57.4%) dichiarano di essere cresciuti come oralisti e di aver conosciuto in seguito la lingua dei segni e la Comunità Sorda. Per quanto riguarda invece la provenienza, 11 partecipanti (23.4%) provengono dal Nord Italia, 26 (55.3%) dal Centro e 10 (21.3%) dal Sud; inoltre il 36.2% del campione è nato da genitori sordi e il restante 63.8% da genitori udenti. Mediamente, il tempo di compilazione della survey è di circa 45 minuti.

### 3.1.4. Strumenti

*Variabili socio-demografiche.* Indaga il genere, l'età, il livello di istruzione, la provenienza geografica, l'orientamento politico e la religiosità. Ai fini della ricerca sono state inserite in questa prima parte anche domande relative all'orientamento sessuale, all'essere segnante o oralista. Inoltre, è stato chiesto ai partecipanti se considerano la sordità come una disabilità mediante un singolo item (sì/no).

*Vittimizzazione subita* (Baiocco et al., 2018a). L'esperienza di vittimizzazione subita in quanto persone sorde è stata indagata mediante il seguente item «È mai successo che qualcuno ti abbia insultato o picchiato o deriso perché sei sordo?» al quale veniva assegnata una risposta dicotomica (sì/no). Le esperienze di vittimizzazione subita in relazione al proprio orientamento sessuale sono state valutate (valutato solo nel gruppo di sordi LG) grazie alla seguente domanda: «È mai successo che qualcuno ti abbia insultato o deriso o picchiato perché sei LG?» sempre con una modalità di risposta dicotomica (sì/no).

*Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). È una misura composta da cinque item e valuta la soddisfazione di vita in generale. Un esempio di item è: «Sono soddisfatto della mia vita». Nelle risposte viene chiesto di indicare il proprio grado di accordo su una scala Likert a 7 punti (da 1 = *per niente d'accordo* a 7 = *completamente d'accordo*). Il punteggio totale viene calcolato calcolando la media dei 5 item; punteggi elevati corrispondono ad alti livelli di soddisfazione della propria vita ( $\alpha$  di Cronbach = .83).

*UCLA Loneliness Scale-Short Form* (UCLA-SF; Russel, 1996). L'UCLA-SF è una misura costituita da 5 item, progettata per misurare i sentimenti di solitudine e di isolamento sociale. Un esempio di item è: «Quanto spesso ti sei sentito isolato dagli altri?». I partecipanti potevano esprimere il loro grado di accordo su una scala Likert a quattro punti (da 1 = *mai* a 4 = *sempre*;  $\alpha$  di Cronbach = .84).

*Social Avoidance and Distress-New Scale* (SAD-N; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001). Indaga l'evitamento sociale e l'angoscia derivante dal trovarsi in situazioni nuove o in cui si è a contatto con persone sconosciute. Un esempio di item è: «Divento nervosa/nervoso quando incontro una persona

nuova». È una misura composta da 4 item le cui risposte vengono date su una scala Likert a 5 punti (da 1 = *per niente vero* a 5 = *sempre vero*;  $\alpha$  di Cronbach = .75).

*Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men* (MISS-LG; Lingiardi et al., 2012) è un questionario self-report che esamina lo stigma sessuale interiorizzato attraverso tre dimensioni, denominate *sessualità* («Dopo un rapporto omosessuale provo un forte senso di disagio»), *identità* («Mi capita di pensare che se fossi eterosessuale sarei più felice»), e *disagio sociale* («Sono attenta/o a come mi vesto e a ciò che dico perché non sia evidente che sono lesbica/gay»). La misura prevede una versione per le donne lesbiche (MISS-L) e una per gli uomini gay (MISS-G) ed è composta da 17 item su scala Likert a 5 punti (da 1 = *totalmente in disaccordo* a 5 = *totalmente d'accordo*). Come in lavori precedenti (Baiocco et al., 2016) nella presente ricerca è stato utilizzato sia il punteggio totale di scala che i punteggi delle sottoscale. Punteggi maggiori evidenziano un maggior livello di stigma sessuale interiorizzato nella dimensione *identità* ( $\alpha$  di Cronbach = .81), *sessualità* ( $\alpha$  di Cronbach = .81), e *disagio sociale* ( $\alpha$  di Cronbach = .91).

*Coming out* (Pistella et al., 2016). Il coming out è stato investigato mediante 3 item (padre, madre, e amici). È stato chiesto ai partecipanti LG di indicare se ciascun individuo o gruppo di individui era consapevole del proprio orientamento sessuale. Erano previste tre possibili risposte: «Lui/lei è consapevole del mio orientamento sessuale», «Lui/lei non è consapevole del mio orientamento sessuale» e «non applicabile» nel caso in cui i partecipanti non avessero amici, un genitore, o entrambi i genitori. Un esempio di item è: «Mia madre è consapevole del mio orientamento sessuale».

### 3.1.5. Metodi di analisi dei dati

Le analisi statistiche sono state condotte mediante SPSS (versione 25.0). Al fine di verificare le associazioni tra le dimensioni considerate nello studio sono stati calcolati i coefficienti di correlazione di Pearson (quando entrambe le variabili sono continue), punto biseriale (quando una variabile è continua e una dicotomica), e phi (quando entrambe le variabili sono dicotomiche). Una serie di analisi della varianza univariata (ANOVA) sono state condotte per esaminare eventuali differenze di orientamento sessuale (eterosessuali *vs.* lesbiche e gay) sui livelli di benessere percepito dai partecipanti. Le differenze su alcune variabili dicotomiche tra partecipanti eterosessuali e persone lesbiche e gay sono state valutate con il test del chi-quadrato (quando il numero campione è maggiore di 30 e non ci sono frequenze attese minori di 5) o il test esatto di Fisher (se una frequenza della tavola di contingenza è inferiore a 5). Le attendibilità sono state valutate tramite il coefficiente alfa di Cronbach.

## 3.2. Risultati

### 3.2.1. Analisi preliminari: associazioni tra le variabili

Rispetto all'intero gruppo composto da partecipanti eterosessuali e LG, i risultati evidenziano che: il ritenere la propria sordità una caratteristica, anziché una disabilità, risulta correlare positivamente con la soddisfazione di vita,  $r(47) = .57$ ,  $p = .001$ , e negativamente con i vissuti di solitudine,  $r(47) = -.53$ ,  $p = .001$ ; ed evitamento sociale,  $r(47) = -.35$ ,  $p = .014$ . Alti livelli di evitamento sociale risultano, inoltre, essere in relazione con l'aver subito atti di vittimizzazione in quanto persona sorda,  $r(47) = .31$ ,  $p = .033$  (tabella 1).

Per quanto riguarda il gruppo composto soltanto da partecipanti LG, è emerso che: il vissuto di soddisfazione per la propria vita correla negativamente con alti livelli di stigma sessuale interiorizzato in generale,  $r(21) = -.69$ ,  $p = .001$ , ed in particolare per la dimensione della sessualità,  $r(21) = -.71$ ,  $p = .001$ , dell'identità,  $r(21) = -.64$ ,  $p = .004$ , e del disagio sociale,  $r(21) = -.55$ ,  $p = .012$ . Inoltre, maggiori livelli di stigma sessuale interiorizzato risultano anche associati al vissuto di solitudine: la solitudine, infatti, correla positivamente con il punteggio totale di stigma sessuale interiorizzato,  $r(21) = .70$ ,  $p = .001$ , con la dimensione della sessualità,  $r(21) = .61$ ,  $p = .002$ , con la dimensione dell'identità,  $r(21) = .69$ ,  $p = .001$ , e con la dimensione di disagio sociale,  $r(21) = .59$ ,  $p = .003$  (tabella 1).

### 3.2.2. Sordità come disabilità e benessere psicologico

Le analisi della varianza (ANOVA) evidenziano che indipendentemente dall'orientamento sessuale coloro che considerano la sordità una disabilità ( $M = 3.56$ ,  $DS = 1.19$ ), riportano un minor livello di soddisfazione di vita,  $F(1, 45) = 21.74$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .32$ , rispetto a chi non la considera una patologia ( $M = 5.1$ ,  $DS = 1.07$ ). Non sono emerse invece differenze significative per la dimensione della solitudine,  $F(1, 45) = 3.82$ ,  $p = .06$ ,  $\eta_p^2 = .08$ , e dell'evitamento sociale,  $F(1, 45) = .05$ ,  $p = .83$ ,  $\eta_p^2 = .01$  (H1).

### 3.2.3. Differenze in funzione dell'orientamento sessuale

Per verificare la presenza di differenze nei livelli di solitudine, evitamento sociale e soddisfazione di vita in funzione dell'orientamento sessuale dei partecipanti sono state condotte delle ANOVA (H2; tabella 2). Non sono emerse differenze significative tra persone sorde eterosessuali e persone sorde LG per quanto riguarda la dimensione della soddisfazione di vita,  $F(1, 45) = .39$ ,  $p = .53$ ,  $\eta_p^2 = .01$ , della solitudine,  $F(1, 45) = 3.81$ ,  $p = .06$ ,  $\eta_p^2 = .09$ , e dell'evitamento sociale,  $F(1, 45) = .05$ ,  $p = .83$ ,  $\eta_p^2 = .01$ .

TAB. 1. *Correlazioni tra età, benessere percepito, soddisfazione di vita (N = 47), e stigma sessuale interiorizzato (N = 21)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Età	1										
2. Sordità come disabilità	-.09	1									
3. Soddisfazione di vita	-.03	.57**	1								
4. Solitudine	.12	-.53**	-.64**	1							
5. Evitamento sociale	-.31*	-.35*	-.49**	.45**	1						
6. Vittimizzazione sordità	-.17	.15	.01	.17	.31*	1					
Partecipanti lesbiche e gay											
7. Sessualità (MISS-LG)	.09	-.38	-.71**	.61**	.25	.07	1				
8. Identità (MISS-LG)	.19	-.38	-.64**	.69**	.24	-.02	.77**	1			
9. Disagio sociale (MISS-LG)	.08	-.39	-.55**	.59**	.31	.18	.77**	.68**	1		
10. MISS-LG Totale	.14	-.42	-.69**	.70**	.29	.08	.92**	.90**	.90**	1	
11. Vittimizzazione omofobica	-.29	-.21	-.16	.22	.22	.51*	.07	.29	.41	.29	1

Nota: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . Le tre dimensioni e il punteggio totale della MISS-LG e le esperienze di vittimizzazione omofobica sono valutati solo nei partecipanti lesbiche e gay.

Tab. 2. *Analisi descrittive in funzione del genere e dell'orientamento sessuale*

	Partecipanti eterosessuali (N = 26)			Partecipanti lesbiche e gay (N = 21)			F	p
	Uomini (N = 9)	Donne (N = 17)	Totale	Uomini (N = 10)	Donne (N = 11)	Totale		
SWLS*								
Soddisfazione di vita	4.27 (1.41)	4.20 (1.49)	4.22 (1.43)	4.20 (1.25)	4.72 (1.35)	4.47 (1.30)	.393	.534
UCLA-SF*	2.49 (.82)	2.69 (.65)	2.62 (.70)	2.26 (.51)	2.20 (.80)	2.23 (.66)	3.815	.057
SAD-N*	2.47 (1.07)	2.55 (.71)	2.51 (.87)	2.50 (.93)	2.54 (.96)	2.51 (.89)	.046	.830
Evitamento sociale								
MISS-LG**								
Relazionale/sexuale	-	-	-	1.76 (.76)	1.71 (.73)	1.73 (.73)	-	-
Individuale	-	-	-	1.60 (1.00)	1.70 (.80)	1.70 (.79)	-	-
Sociale	-	-	-	1.97 (1.02)	1.62 (.67)	1.79 (.85)	-	-
Totale	-	-	-	1.77 (.85)	1.68 (.74)	1.72 (.75)	-	-

Note: \* La F si riferisce alle differenze di orientamento sessuale (eterosessuali vs. lesbiche e gay); \*\* Non sono state esaminate differenze di genere (lesbiche vs. gay) sulle dimensioni della MISS-LG per la ridotta numerosità dei partecipanti LG.

Sono state computate delle analisi del chi quadro per analizzare le differenze nelle frequenze relative alla percezione della sordità come una disabilità/patologia in funzione dell'orientamento sessuale (persone sorde eterosessuali *vs.* persone sorde LG). Non sono emerse differenze significative tra partecipanti eterosessuali e partecipanti LG,  $\chi^2(1) = .03$ ,  $p = .87$ . In particolare, come si può osservare nella tabella 3, circa il 50% dei partecipanti eterosessuali (5 uomini e 8 donne) e il 48% dei partecipanti lesbiche e gay (5 uomini e 5 donne) percepiscono la propria condizione di sordità come una disabilità.

Inoltre, sono state computate una serie di chi quadro o di test esatto di Fisher (quando appropriato), per esaminare le differenze tra persone eterosessuali e persone LG sulle frequenze di aggressioni subite in quanto persone sorde (H3; tabella 3). Il test esatto di Fisher ( $p = 1.00$ ) non mostra frequenze significativamente diverse tra i due gruppi: il 42% delle persone sorde eterosessuali (4 uomini e 7 donne) e il 43% delle persone appartenenti a minoranze sessuali (6 uomini e 3 donne) hanno dichiarato infatti di essere state vittimizzate almeno una volta in quanto persone sorde.

Nel gruppo di partecipanti gay e lesbiche, una serie di chi quadro o di test esatto di Fisher (quando appropriato), ha esaminato le differenze di genere nelle aggressioni subite in quanto persone appartenenti a minoranze sessuali (tabella 3). Come si può osservare in tabella 3, solo 3 partecipanti gay (circa il 16% del campione totale) hanno dichiarato di aver subito atti di vittimizzazione in quanto appartenenti ad una minoranza sessuale. Il test esatto di Fisher,  $p = .21$ , non ha mostrato una differenza nelle frequenze di aggressione subita tra partecipanti gay e lesbiche.

### **3.2.4. Persone sorde LG: coming out e stigma sessuale interiorizzato**

Sono state poi esplorate le frequenze del coming out alle figure significative nel contesto familiare e amicale (H4; tabella 3). L'analisi del chi quadro,  $\chi^2(1) = .06$ ,  $p = .80$ , non ha mostrato differenza di genere nelle frequenze attese per quanto riguarda il coming out alla madre nelle persone sorde LG (57%; 6 uomini gay e 6 donne lesbiche). Il test esatto di Fisher mostra come non ci siano differenze di genere nemmeno rispetto al coming out al padre,  $p = .38$ , e alla maggior parte degli amici,  $p = 1.00$ . Infatti, circa il 38% dei partecipanti ha rivelato il proprio orientamento sessuale al padre (5 gay e 3 lesbiche) mentre più del 95% lo ha confidato agli amici (10 gay e 10 lesbiche).

Infine, il test esatto di Fisher,  $p = .005$ , mostra come ci sia una differenza tra il coming out alla madre e al padre. Un'analisi delle frequenze mostra che chi ha rivelato il proprio orientamento sessuale al padre ( $N = 8$ ) lo ha fatto anche con la madre, mentre 4 partecipanti lo hanno comunicato alla madre ma non al padre. Tuttavia, il nostro gruppo di partecipanti ha rivelato il proprio orientamento sessuale prima al padre ( $M = 19.88$ ,  $DS = 4.88$ ) e poi alla madre ( $M = 21.67$ ,  $DS = 6.69$ ).

TAB. 3. Differenze di orientamento sessuale (eterosessuali vs. lesbiche vs. gay) e di genere (lesbiche vs. gay) su alcune variabili di interesse

	Partecipanti eterosessuali (N = 26)			Partecipanti lesbiche e gay (N = 21)			$\chi^2$ / Test esatto di Fisher
	Uomini (N = 9)	Donne (N = 17)	Totale	Uomini (N = 10)	Donne (N = 11)	Totale	
	Vivere la sordità come disabilità*	5 (55.6%)	8 (47.1%)	13 (50.0%)	5 (50.0%)	5 (45.5%)	
Vittimizzazione sordità*	4 (44.4%)	7 (41.2%)	11 (42.3%)	6 (60.0%)	3 (27.3%)	9 (42.9%)	1.00
Vittimizzazione omofobica**	-	-	-	3 (30.0%)	0 (0.0%)	3 (15.8%)	.21
Coming out alla madre**	-	-	-	6 (60.0%)	6 (54.5%)	12 (57.1%)	.06
Coming out al padre**	-	-	-	5 (50.0%)	3 (27.3%)	8 (38.1%)	.38
Coming out alla maggior parte degli amici**	-	-	-	10 (100.0%)	10 (90.9%)	20 (95.2%)	1.00

Note: Tutte le frequenze riportate si riferiscono alla risposta «sì» alle domande.

\* Il  $\chi^2$  o il test esatto di Fisher si riferiscono alle differenze di orientamento sessuale (eterosessuali vs. lesbiche/gay); \*\* Il  $\chi^2$  o il test esatto di Fisher si riferiscono alle differenze di genere in persone appartenenti a minoranze sessuali (lesbiche vs. gay).

Per quanto riguarda il confronto con le medie normative della MISS-LG (Lingiardi et al., 2012), i risultati del Welch *t-test* mostrano che le medie per la dimensione *sessualità*,  $t_{\text{gay}}(9) = 1.16, p = .29, 95\% \text{ CI } (-.81, .27)$ ,  $t_{\text{lesbiche}}(10) = 1.89, p = .08, 95\% \text{ CI } (-.91, .08)$ , *identità*,  $t_{\text{gay}}(9) = .47, p = .65, 95\% \text{ CI } (-.57, .87)$ ,  $t_{\text{lesbiche}}(10) = .57, p = .58, 95\% \text{ CI } (-.68, .40)$ , e per quella del *disagio sociale*,  $t_{\text{gay}}(9) = .46, p = .66, 95\% \text{ CI } (-.58, .89)$ , non sono significativamente differenti dal campione normativo italiano. Emerge tuttavia una differenza significativa nella dimensione sociale nelle donne lesbiche,  $t_{\text{lesbiche}}(10) = 3.63, p = .003, 95\% \text{ CI } (.30, 1.21)$  che riportano punteggi inferiori al campione normativo relativamente a questa dimensione (H5). Le medie e le deviazioni standard della MISS-LG sono riportate in tabella 2.

### 3.3. Discussioni e conclusioni

Dal lavoro di ricerca è emerso come il ritenere la propria sordità una caratteristica, anziché una disabilità, corredi positivamente con la soddisfazione di vita e negativamente con i vissuti di solitudine (H1; Barnes, 2008). Inoltre, alti livelli di evitamento sociale sono associati con la vittimizzazione subita in quanto persona sorda. Al contrario di quanto atteso (H2; Cappotto & Rinaldi, 2016) non sono emerse differenze significative tra persone sorde eterosessuali e persone sorde LG per quanto riguarda la dimensione della soddisfazione di vita e dell'evitamento sociale. Per quanto riguarda il gruppo composto soltanto da partecipanti LG si evince che il vissuto di soddisfazione per la propria vita correla negativamente con alti livelli di stigma sessuale interiorizzato e che maggiori livelli di stigma risultano anche associati al vissuto di solitudine. Non sono emerse differenze significative nella frequenza di vittimizzazione subita in quanto persone sorde eterosessuali ed LG (H3).

Inoltre, persone lesbiche e gay sorde non si differenziano nelle frequenze di coming out alla madre oppure al padre (H4). Nel confronto con le medie normative della scala che misura lo stigma sessuale interiorizzato (MISS-LG) i partecipanti LG sordi non mostrano differenze significative con il campione normativo italiano (Lingiardi et al., 2012) tranne che per la dimensione sociale nelle donne lesbiche sorde che riportano più bassi livelli di stigma rispetto alla media normativa (H5).

Come è stato precedentemente descritto, un punto di forza del presente studio è l'aver previsto un adeguamento e una traduzione di strumenti che di norma vengono utilizzati per ricerche di tipo quantitativo, dalla lingua italiana alla LIS, che contiene quindi domande e risposte in formato video per tutti gli strumenti utilizzati. Ogni video è corredato dall'item o dalla consegna anche in italiano scritto, in quanto la ricerca è rivolta anche a tutte le persone sorde che non conoscono (o non prediligono) la LIS.

Il presente studio si configura inoltre come una ricerca esplorativa su una popolazione difficilmente raggiungibile come quella delle persone sorde analizzando la presenza di eventuali differenze in funzione dell'orientamento sessuale dei parte-

cipanti. Evidenze empiriche e precedenti studi avevano infatti riscontrato una maggiore percentuale di persone appartenenti a minoranze sessuali nella popolazione delle persone sorde (Klinger, 2007; Zangas, 2005). Il reclutamento dei partecipanti è stato effettuato attraverso associazioni di persone sorde non LGB, malgrado ciò, forse per effetto del reclutamento *snowball*, circa il 45% dei partecipanti si descrive come lesbica oppure gay. Ricerche effettuate nel contesto europeo (Dalia Research, 2016) riportano invece percentuali comprese tra il 2% e il 7% della popolazione con una percentuale del 4.8% per l'Italia. Questo dato, qualora fosse confermato da altri studi e con campioni rappresentativi della popolazione, potrebbe avere importanti implicazioni in termini formativi e di promozione del benessere delle persone sorde appartenenti a minoranze sessuali. Sarebbe comunque importante, anche a prescindere dalla numerosità di persone appartenenti a minoranze sessuali nella Comunità Sorda, formare gli operatori o i professionisti della salute mentale che lavorano con persone sorde sulle questioni che riguardano gli orientamenti sessuali e le identità di genere.

Per comprendere l'intersezione tra identità sorda e identità LG sono state utilizzate delle misure che esplorano vissuti sia negativi (come la solitudine e l'isolamento) sia positivi (come la soddisfazione di vita e il benessere). Ulteriori aree di indagine sono state il coming out a genitori e amici, le esperienze di vittimizzazione subita e la percezione della sordità come una disabilità o come una caratteristica. Diversamente dalle ipotesi formulate, dalle analisi è emerso che l'orientamento sessuale delle persone LG sorde non sembra incidere su vissuti negativi come la solitudine e l'ansia sociale dei partecipanti, al contrario di quanto avviene tra le persone LGB udenti (Mongelli, Perrone & Balducci, 2019). Discorso simile per il livello di soddisfazione di vita che non risulta differente in funzione dell'orientamento sessuale dei partecipanti. Nella maggior parte dei casi infatti, le persone appartenenti a minoranze sessuali riportano livelli di benessere generale inferiori rispetto alle persone eterosessuali (Meyer, 2007). Una possibile spiegazione a questo dato potrebbe risiedere nell'esistenza di una sorta di gerarchia tra le varie identità di minoranza: la presenza in questo caso della sordità mitiga l'effetto che di norma ha l'identità LGB sul benessere delle persone (Walby, Armstrong & Strid, 2012).

Emerge, come atteso, l'influenza positiva del considerare la sordità come una caratteristica, piuttosto che come una patologia. La *Deafhood* (*orgoglio sordo*), in modo simile all'orgoglio promosso dalla comunità LGB, è un termine recente che enfatizza l'importanza di considerare la sordità come una caratteristica della persona che gli permette di sentirsi parte di una comunità che condivide esperienze, cultura e valori propri (Ladd, 2003). Coloro che non considerano la sordità come una patologia, bensì come un modo di stare al mondo, riportano livelli significativamente maggiori di soddisfazione per la propria vita, rispetto a coloro che invece la reputano una patologia. Tale risultato risulta in linea con tutto il filone di ricerca che ritiene l'identificazione e l'appartenenza a una comunità come un importante fattore di protezione che incrementa i sentimenti di autostima e di benessere delle

persone coinvolte (Bagnara et al., 2009; Bat-Chava, 1993; Jambor & Elliott, 2005; Lingiardi et al., 2012; Meyer, 1995; 2003). Non sono emerse invece differenze nei livelli di evitamento sociale e nei livelli di solitudine, in funzione del percepire la sordità come una disabilità o come una caratteristica. Una spiegazione di tale risultato potrebbe essere che il 94% dei partecipanti e delle partecipanti allo studio appartengono alla Comunità Sorda. L'appartenenza ad una comunità è, infatti, un importante fattore di protezione per vissuti di solitudine e di evitamento sociale (Bagnara et al., 2009; Meyer, 1995).

Diversamente da quanto ipotizzato, il gruppo di persone sorde LG non evidenzia livelli più elevati di stigma sessuale interiorizzato rispetto alla media normativa della popolazione italiana (Lingiardi et al., 2012). L'unica differenza significativa risulta la dimensione sociale nel gruppo delle donne lesbiche sorde le quali riportano livelli inferiori di stigma sessuale interiorizzato. Le donne lesbiche sorde quindi non si sentono a disagio in quanto persone non eterosessuali nei diversi contesti di vita (nei contesti lavorativi, nei luoghi pubblici, ecc.). Studi futuri sono necessari per verificare la stabilità di questo dato e la sua possibile generalizzazione.

Per quanto riguarda le esperienze di vittimizzazione subita, la maggior parte delle partecipanti e dei partecipanti (85%) riporta episodi di discriminazione a causa della sordità, ma solo il 14.3% del gruppo di persone LG ha subito vittimiz-zazioni in quanto appartenente a minoranza sessuale, percentuale molto inferiore rispetto a quelle registrate per le persone non eterosessuali udenti in vari ambiti di vita (Baiocco et al., 2018a; Toomey & Russell, 2013). Anche in questo caso, l'identità sorda sembra essere quella più importante e visibile che in qualche modo rende meno significativa la discriminazione derivante dall'appartenere a una minoranza sessuale.

Anche l'esperienza del coming out con genitori e amici sembra piuttosto in linea con quanto avviene nella popolazione generale: il 95% delle persone LG che hanno risposto alla nostra indagine ha rivelato il proprio orientamento sessuale alla loro cerchia di amici. L'amicizia quindi può certamente essere considerata un fattore di protezione in grado di promuovere il benessere e la soddisfazione di vita (D'Augelli et al., 2002; Baiocco, Santamaria, Lonigro, Ioverno, Baumgartner & Laghi, 2014).

### **3.4. Limiti e prospettive future**

Il maggiore limite del presente studio è sicuramente l'esiguo numero di partecipanti che non permette di generalizzare i risultati ottenuti e di valutare differenze rispetto al genere delle partecipanti e dei partecipanti, variabile di fondamentale importanza in studi che riguardano l'intersezionalità. Tuttavia, la popolazione delle persone sorde è di difficile reclutamento, non solo in virtù delle difficoltà linguistiche che gli psicologi e i ricercatori hanno nella conoscenza e utilizzo della LIS, ma anche per la scarsità di strumenti di misura adattati e validati in lingua dei segni. Altro limite

è la presenza di strumenti self-report che potrebbero indurre risposte socialmente desiderabili e l'utilizzo di strumenti caratterizzati da un singolo item.

Alla luce di quanto emerso dal presente contributo di ricerca, risulta importante approfondire in studi futuri il ruolo che le diverse identità di minoranza (ad esempio identità etniche, religiose o legate allo status sociale) possono assumere nel contribuire a spiegare il benessere e la soddisfazione di vita delle persone sorde. Inoltre, studi futuri dovrebbero verificare se anche in Italia, come riportato da Klin-ger (2007), l'incidenza di persone LGB nella Comunità Sorda sia effettivamente così elevata come il nostro studio sembra suggerire. Nel presente studio non sono emerse differenze nei livelli di soddisfazione di vita, evitamento sociale e solitudine tra partecipanti eterosessuali e partecipanti LG: sarebbe interessante approfondire in che misura e con quale frequenza e modalità le persone sorde agiscono o esperiscono particolari livelli di omofobia, esaminando gli atteggiamenti della Comunità Sorda nei confronti delle minoranze sessuali. Inoltre, al fine di testare la teoria dell'intersezionalità (Crenshaw, 1989; 1990), un disegno di ricerca 2 (identità sorda: udenti *vs.* sordi) X 2 (identità LGB: eterosessuali *vs.* LGB) potrebbe fornire dati interessanti.

Sarebbe certamente rilevante approfondire la tematica del coming out a diverse figure significative (Baiocco et al., 2016; D'Amico, Julien, Tremblay & Chartrand, 2015; D'Augelli et al., 2002) e delle reazioni dei genitori delle persone sorde LGB anche attraverso studi qualitativi e/o longitudinali. Infine, un aumento nel numero dei partecipanti potrebbe permettere di analizzare se essere oralisti o utilizzare la LIS ha un effetto sui livelli di benessere, anche in funzione dell'orientamento sessuale.

In conclusione, in Italia ancora oggi sembra predominare un pensiero conservatore in merito al tema degli orientamenti sessuali, in particolare quando si parla di minori o di persone con disabilità (Cappotto & Rinaldi, 2016; Salvati et al., 2018). Un'ulteriore questione è il bisogno di specifiche politiche e interventi nei diversi contesti sociali e in particolare nel contesto scolastico. Spesso gli insegnanti veicolano un sistema di valori di tipo eteronormativo e considerano l'identità eterosessuale come l'unica possibile o comunque quella maggiormente desiderabile (Tomasuolo, 2006). Sarebbe dunque auspicabile attuare delle politiche scolastiche e dei progetti sistematici volti all'educazione alle differenze, rivolti sia agli insegnanti e alle insegnanti, sia agli studenti e alle studentesse (Johnson & Erting, 1989; Toomey & Russell, 2013). Considerata la mancanza di attenzione verso la sessualità delle persone con disabilità, anche il tema degli orientamenti sessuali e delle identità di genere tende a rimanere un argomento scarsamente approfondito non solo in famiglia ma anche nei contesti psicologici e medici. La disabilità sembra rendere invisibile la sfera affettiva e sessuale delle persone. Ricerche future dovrebbero indagare i temi degli orientamenti sessuali e delle identità di genere nelle persone sorde al fine di contribuire alla creazione di contesti inclusivi in grado di promuovere il benessere individuale.

## Riferimenti bibliografici

- American Educational Research Association, American Psychological Association, Joint Committee on Standards for Educational, Psychological Testing (US) & National Council on Measurement in Education (1985). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Bagnara, C., Fontana, S., Tomasuolo, E. & Zuccalà, A. (2009). *I segni raccontano: la Lingua Italiana dei Segni tra esperienze, strumenti e metodologie*. Roma: Franco Angeli.
- Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Baumgartner, E. & Laghi, F. (2016). Coming out during adolescence: Perceived parents' reactions and internalized sexual stigma. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1809-1813. doi:10.1177/1359105314564019.
- Baiocco, R., Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S. & Lucidi, F. (2018a). Sports as a risk environment: Homophobia and bullying in a sample of gay and heterosexual men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 22(4), 385-411. doi:10.1080/19359705.2018.1489325.
- Baiocco, R., Salvati, M., Carone, N., Ioverno, S., Nappa, M. R. & Pistella, J. (2018b). Identità positiva in persone lesbiche, gay e bisessuali: un contributo alla validazione italiana della Lesbian, Gay, and Bisexual Positive Identity Measure (LGB-PIM). *Giornale Italiano di Psicologia*, 45(4), 953-978. doi:10.1421/93010.
- Baiocco, R., Santamaria, F., Lonigro, A., Ioverno, S., Baumgartner, E. & Laghi, F. (2014). Beyond similarities: Cross-gender and cross-orientation best friendship in a sample of sexual minority and heterosexual young adults. *Sex Roles*, 70(3-4), 110-121. doi:10.1007/s11199-014-0343-2.
- Barnes, C. (2008). Capire il «Modello Sociale della Disabilità». *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(1), 87-96.
- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehabilitation Psychology*, 38(4), 221-234. doi:10.1037/h0080303.
- Bertone, C. & Volpato, F. (2009). Oral language and sign language: Possible approaches for deaf people's language development. *Cadernos de Saúde*, 2, 51-62.
- Bertone, C. & Volpato, F. (2012). Le conseguenze della sordità nell'accessibilità alla lingua e ai suoi codici. *Educazione Linguistica. Language Education*, 1(3), 549-580.
- Calderon, R. & Greenberg, M. T. (2003). Social and emotional development of deaf children: Family, school and program effects. In M. Marschark, P. Spencer (eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (pp. 177-189). New York, NY: Oxford University Press.
- Cappotto, C. & Rinaldi, C. (2016). Intersectionalities, dis/abilities and subjectification in deaf LGBT people: An exploratory study in Sicily. *A Journal of Queer Studies*, 11, 68-87.
- Caselli, M. C., Rinaldi, P., Stefanini, S. & Volterra, V. (2009). Repertorio di azioni e gesti in bambini tra 8 e 18 mesi e rapporti con la comprensione e produzione delle prime parole. *Età Evolutiva*, 93, 70-78.
- Chesi, C. (2006). *Il linguaggio verbale non-standard dei bambini sordi*. GAIA S.r.l., Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. In K. Bartlett (ed.), *Feminist Legal Theory* (pp. 139-167). New York, NY: Routledge.
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1279.
- Crowe, T. V. (2002). Translation of the Rosenberg Self-Esteem Scale into American sign language: A principal components analysis. *Social Work Research*, 26(1), 57-63.

- D'Amico, E., Julien, D., Tremblay, N. & Chartrand, E. (2015). Gay, lesbian, and bisexual youths coming out to their parents: Parental reactions and youths' outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(5), 411-437. doi:10.1080/1550428X.2014.981627.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W. & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167. doi:10.1521/scpq.17.2.148.20854.
- Dalia Research (2016). *Europe's LGBT population mapped*. Disponibile al seguente link: <https://daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13.
- Fontana, S. (2017). Esiste la Cultura Sorda? In *Limine*, 9, 233-252. doi:10.14277/6969-167-6/SR-9-12.
- Franceschini, M. & Volpato, F. (2015). Comprensione e produzione di frasi relative e frasi passive: il caso di due bambini gemelli sordi italiani. In M. E. Favilla, E. Nuzzo (eds.), *Grammatica Applicata: Apprendimento, Patologie, Insegnamento* (pp. 75-90). Milano: Studi AITLA.
- Frost, D. M. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839. doi:10.1111/j.17519004.2011.00394.x.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the Social Anxiety Scale for adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(1), 51-59. doi:10.1023/A:1011043607878.
- Harvey, M. A. (2003). *Psychotherapy with deaf and hard of hearing persons: A systemic model*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-387-09556-1\_4.
- Herek, G. M., Gillis, J. R. & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43. doi:10.1037/a0014672.
- Jambor, E. & Elliott, M. (2005). Self-esteem and coping strategies among deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 63-81. doi:10.1093/deafed/eni004.
- Johnson, R. E. & Erting, C. (1989). Ethnicity and socialization in a classroom for deaf children. In C. Lucas (ed.), *The sociolinguistics of the Deaf community* (pp. 41-83). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Kafer, A. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. Bloomington: Indiana University Press.
- Klansek-Kyllo, V. & Rose, S. (1985). Using the scale of independent behavior with hearing-impaired students. *American Annals of the Deaf*, 130(6), 533-537. doi:10.1353/aad.0.0144.
- Klinger, A. B. (2007). *The social development of an invisible minority: The deaf gay and lesbian population*. West Hartford, CT: University of Hartford.
- Ladd, P. (2003). *Understanding deaf culture: In search of deafhood*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Langholtz, D. J. & Rendon, M. E. (1991). The deaf gay/lesbian client: Some perspectives. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 25(3), 31-34.

- Lick, D. J., Durso, L. E. & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521-548. doi:10.1177/1745691613497965.
- Lingiardi, V., Baiocco, R. & Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: A new scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191-1210. doi:10.1080/00918369.2012.712850.
- Lu, A., Hong, X., Yu, Y., Ling, H., Tian, H., Yu, Z. & Chang, L. (2015). Perceived physical appearance and life satisfaction: A moderated mediation model of self-esteem and life experience of deaf and hearing adolescents. *Journal of Adolescence*, 39, 1-9. doi:10.1016/j.adolescence.2014.11.005.
- McRuer, R. (2006). *Crip theory: Cultural signs of queerness and disability*. New York, NY: New York University Press.
- Meadow-Orlans, K. P. (1995). Sources of stress for mothers and fathers of deaf and hard of hearing infants. *American Annals of the Deaf*, 140(4), 352-357. doi:10.1353/aad.2012.0392.
- Meyer I. H. (1995). Stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. doi:10.2307/2137286.
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer, M. E. Northridge (eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 242-267). New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-387-31334-4\_10.
- Moges, R. (2017). Crippling deaf studies and deaf literature: Deaf queer ontologies and intersectionality. In A. Kusters, M. De Meulder, D. O'Brien, *Innovations in deaf studies: The role of deaf scholars* (pp. 215-239). Oxford: Oxford University Press.
- Mongelli, F., Perrone, D. & Balducci, J. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27-50. doi:0.23736%2FS0391-1772.18.01995-7.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, ICF. Trento: Edizioni Erickson.
- Pardo-Guijarro, M. J., Woll, B., Moya-Martínez, P., Martínez-Andrés, M., Cortés-Ramírez, E. E. & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validity and reliability of the Spanish sign language version of the KIDSCREEN-27 health-related quality of life questionnaire for use in deaf children and adolescents. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 318-324. doi:10.1016/j.gaceta.2012.11.003.
- Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., Laghi, F. & Baiocco, R. (2016). Coming-out to family members and internalized sexual stigma in bisexual, lesbian and gay people. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3694-3701. doi:10.1007/s10826-016-0528-0.
- Purdie-Vaughns, V. & Eibach, R. P. (2008). Intersectional invisibility: The distinctive advantages and disadvantages of multiple subordinate-group identities. *Sex Roles*, 59(5-6), 377-391. doi:10.1007/s11199-008-9424-4.
- Rogers, K. D., Young, A., Lovell, K., Campbell, M., Scott, P. R. & Kendal, S. (2012). The British sign language versions of the patient health questionnaire, the generalized anxiety disorder 7-item scale, and the work and social adjustment scale. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(1), 110-122. doi:10.1093/deafed/ens040.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. doi:10.1207/s15327752jpa6601\_2.
- Russo Cardona, T. & Volterra, V. (2007). *Le lingue dei segni. Storia e semiotica*. Roma: Carocci.

- Salvati, M., Pistella, J., Ioverno, S., Laghi, F. & Baiocco, R. (2018). Coming out to siblings and internalized sexual stigma: The moderating role of gender in a sample of Italian participants. *Journal of GLBT Family Studies*, 14(5), 405-424. doi:10.1080/1550428X.2017.1369916.
- Sandahl, C. (2003). Queering the crip or crippling the queer?: Intersections of queer and crip identities in solo autobiographical performance. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 9(1-2), 25-56. doi:10.1215/10642684-9-1-2-25.
- Sinecka, J. (2008). «I am bodied». «I am sexual». «I am human». Experiencing deafness and gayness: A story of a young man. *Disability & Society*, 23(5), 475-484. doi:10.1080/09687590802177049.
- Theunissen, S. C., Rieffe, C., Netten, A. P., Briare, J. J., Soede, W., Kouwenberg, M. & Frijns, J. H. (2014). Self-esteem in hearing-impaired children: The influence of communication, education, and audiological characteristics. *PLoS One*, 9(4), e94521. doi:10.1371/journal.pone.0094521.
- Tomasuolo, E. (2006). *La valutazione delle abilità linguistiche in bambini e ragazzi sordi* (Tesi di dottorato, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia). Disponibile al seguente link: <http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/744/1/TomasuoloElena.209.pdf>.
- Toomey, R. B. & Russell, S. T. (2013). Gay-straight alliances, social justice involvement, and school victimization of lesbian, gay, bisexual, and queer youth: Implications for school well-being and plans to vote. *Youth & Society*, 45(4), 500-522. doi:10.1177/0044118X11422546.
- Union of the Physically Impaired against Segregation (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London: U.P.I.A.S.
- Volpato, F. & Adani, F. (2009). The subject/object relative clause asymmetry in Italian hearing-impaired children: Evidence from a comprehension task. *Studies in Linguistics*, 3, 269-281.
- Walby, S., Armstrong, J. & Strid, S. (2012). Intersectionality: Multiple inequalities in social theory. *Sociology*, 46(2), 224-240. doi:10.1177/0038038511416164.
- Weisel, A. & Kamara, A. (2005). Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 51-62. doi:10.1093/deafed/eni003.
- Zangas, T. (2005). *Attitudes toward lesbians and gay men among deaf and hard of hearing adults* (Tesi di dottorato, Gallaudet University, District of Columbia, United States). Disponibile al seguente link: <https://search.proquest.com/docview/305387824?pq-origsite=scholar>.

### **Well-being in a group of deaf adults: Sexual orientation and perception of deafness as a disability**

This research aims to investigate the impact of sexual orientation and perception of deafness as disability on deaf people's well-being. 47 deaf adults (28 women and 19 men), of whom 21 self-identified as lesbian women or gay man, participated in the study. Translation videos in sign language were produced for the entire survey (instructions, items and answers), while also maintaining written Italian for deaf people who do not use sign language. In line with literature, perceiving deafness as a characteristic, rather than a pathology, is associated with greater levels of life satisfaction. Sexual orientation does not seem to influence levels of loneliness, social avoidance, and life satisfaction.

*Keywords:* deafness, coming out, sexual orientation, life satisfaction, internalized sexual stigma.

Victoria Caricato, Department of Social and Developmental Psychology, Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Via dei Marsi, 78, Rome, Italy  
victoria.caricato@uniroma1.it

Jessica Pistella, Department of Social and Developmental Psychology, Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Via dei Marsi, 78, Rome, Italy  
jessica.pistella@uniroma1.it

Nicola Carone, Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Piazza Botta, 11, Pavia, Italy  
nicola.carone@unipv.it

Corresponding author: Roberto Baiocco, Department of Social and Developmental Psychology, Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Via dei Marsi, 78, Rome, Italy  
roberto.baiocco@uniroma1.it

