

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Facoltà di Psicologia

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche



IL BENESSERE NEL CAMPO DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

Relatore:

Dott. Gian Marco MARZOCCHI

Tesi di laurea di:

Monica PICASSO

Matricola n. 752058

Caratteri: 74.126

Anno Accademico 2014 - 2015

Indice

CAPITOLO 1 – Il benessere in ambito psicologico

- 1.1 - Introduzione
- 1.2 - Evoluzione del concetto di benessere in psicologia
- 1.3 - Principali teorie e modelli sul benessere

CAPITOLO 2 – Il benessere nel campo dei disturbi specifici dell'apprendimento

- 2.1 - Percezione del benessere in soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento
- 2.2 – I disturbi specifici dell'apprendimento e il benessere emotivo
- 2.3 – I disturbi specifici dell'apprendimento come fattore di rischio per il benessere emotivo.....

CAPITOLO 3 – Il benessere e la famiglia

- 3.1 - Il ruolo della famiglia nel benessere del bambino con disturbi specifici dell'apprendimento
- 3.2 - Differenze e influenze tra il benessere del bambino con disturbo specifico dell'apprendimento e dei suoi genitori
- 3.3 - Ruolo della madre per il benessere dei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento
- 3.4 Conclusioni.....

Bibliografia

CAPITOLO 1

Il benessere in ambito psicologico

1.1 Introduzione

La scelta di approfondire gli studi che sono stati condotti, fino ad ora, nel campo del benessere e, in particolare, dei disturbi specifici dell'apprendimento, nasce da esperienze personali vissute da due anni a questa parte, che hanno permesso di venire in diretto contatto con la realtà d'individui e di famiglie, che hanno a che fare quotidianamente con questi tipi di disturbi.

Lavorare accanto a queste persone, ha fatto crescere la voglia di poter promuovere al meglio il loro stato di benessere, di poter affrontare in maniera approfondita e consapevole le problematiche che maggiormente emergono dal disturbo, e di portare l'individuo a una maggiore consapevolezza delle proprie difficoltà e delle strategie per poterle superare. Gli individui di cui si sta parlando sono in maggior parte ragazzi e bambini, ma anche le famiglie sono molto coinvolte nel lavoro svolto, da qui l'interesse per la relazione che ha con il benessere dell'individuo.

Ciò ha permesso di concentrarsi su quei campi del benessere, che vengono principalmente colpiti da un disturbo specifico dell'apprendimento. Attraverso la ricerca di articoli e materiale

bibliografico, è emerso che i disturbi specifici dell'apprendimento hanno una forte incidenza, in particolare, sul benessere emotivo e familiare. In particolare, possono essere addirittura considerati come un fattore di rischio per l'individuo e il suo benessere, poiché hanno come conseguenza, molto spesso, l'avere una bassa autostima, alti livelli di ansia, dinamiche familiari non ottimali e così via, tutti fattori che costituiscono un rischio per il benessere individuale.

Nell'espone i risultati emersi dai diversi studi, si è deciso di strutturare il discorso in modo da dare, come prima cosa, un inquadramento storico e culturale dell'argomento trattato, proponendo i modelli principali di benessere e i pensieri da cui essi derivano. Ci si è poi concentrati su cosa, un individuo affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento, ritenga essere importante per potersi sentire soddisfatto, in modo anche da poter avere come punto di partenza proprio quello che è ritenuto più rilevante dall'individuo stesso. Si è quindi passati alla discussione del benessere emotivo, campo che risulta particolarmente interessato dai disturbi dell'apprendimento. Infine, si è deciso di concentrarsi sulla famiglia, poiché essa dovrebbe essere la risorsa fondamentale di ogni individuo, soprattutto nel caso in cui si parli di bambini o adolescenti.

1.2 Evoluzione del concetto di benessere in psicologia

Il benessere ha da sempre interessato gli psicologi di ogni epoca, poiché esso rappresenta una condizione fondamentale che ogni essere umano, aspira a raggiungere.

La difficoltà nel definire in modo esaustivo che cosa sia il benessere, deriva dalla molteplicità dei campi della vita di un individuo, cui questo concetto può fare riferimento. Esso è infatti composto da più componenti, che possono essere “oggettive” o “soggettive”. Le prime riguardano le condizioni di vita generali dell’individuo, la qualità dell’ambiente, il lavoro, le condizioni socioculturali ed economiche. Quelle “soggettive” riguardano invece la percezione della propria salute, delle proprie relazioni sociali, la soddisfazione personale, i propri obiettivi, l’autostima e il senso di fiducia e appartenenza.

Per quanto riguarda il benessere all’interno del pensiero psicologico, una concettualizzazione di benessere è data già da Jung, attraverso quello che è il processo che egli chiama “individuazione”. Esso rappresenta il processo dinamico che intercorre tra Io ed Inconscio, la differenziazione della personalità individuale e la sua realizzazione in una unità-totalità denominata “Selbst”, Sé. Questa realizzazione, è ciò cui aspira la psiche individuale di ognuno e permette “il più riuscito adattamento alle condizioni universali di esistenza” (Jung, 1932).

Anche la psicologia umanistica di Maslow (1970) si è dedicata alla ricerca sul benessere, concentrandosi sulle componenti costruttive dell’individuo e sul benessere soggettivo. Maslow sosteneva che la psicologia fosse troppo concentrata sulla sofferenza e sul disagio dell’uomo, tralasciando quelle che sono invece le sue potenzialità e virtù. Ciò che è necessario, è quindi comprendere anche quali sono le caratteristiche positive dell’individuo che permettono ad esso il raggiungimento del benessere.

A partire già da tempi meno recenti quindi, la psicologia si è proposta come una scienza da dedicare alla cura del malessere. Questo però è abbastanza limitativo, poiché tralascia quella che invece è la promozione del benessere, altrettanto importante.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, infatti, la psicologia si è concentrata principalmente sullo studio della malattia mentale. Lo psicologo era colui in grado di fare diagnosi e curare la patologia mentale.

Il benessere però non può essere semplificato come la semplice assenza di malattia o malessere, poiché questa assenza non coincide necessariamente con uno stato di benessere. Questo concetto, è stato ripreso anche nel campo della salute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O.), che nel 1992 afferma che “La salute non è più indicata come assenza di malattia, ma include altre componenti come il benessere fisico, psichico e sociale”.

Negli anni Ottanta nasce la Psicologia Positiva. Questa branca del pensiero psicologico prende vita dall'interesse sempre crescente per il benessere soggettivo percepito. Vi sono due prospettive a riguardo, che si sono interessate in particolare all'argomento: eudaimonica ed edonica. La prospettiva edonica è centrata sul “benessere soggettivo” (subject well-being) che riguarda la presenza di emozioni positive e l'assenza di emozioni negative e la soddisfazione di vita, riferendosi quindi principalmente alla dimensione affettiva. La seconda prospettiva, invece, parla di “benessere psicologico” (psychological well-being), centrato più sulla propria realizzazione personale, attuata attraverso lo sviluppo delle proprie potenzialità, risorse e predisposizioni individuali, sulla costruzione di significati e sulla condivisione di obiettivi (Ryan e Deci, 2001)

Nella prospettiva eudaimonica, il benessere non coincide necessariamente con il piacere. Quello che viene enfatizzato sono principalmente la mobilitazione delle risorse dell'individuo, il perseguire obiettivi importanti tanto per il singolo quanto per la società (rinunciando, ad esempio, al proprio tempo libero), l'incremento di abilità ed autonomia individuale, le competenze sociali e il ruolo delle relazioni interpersonali nella promozione del benessere. A partire da questi obiettivi, gli studiosi possono muoversi nel campo della qualità della vita percepita, definizione di obiettivi e azione sociale. In questo modo, la ricerca sul benessere è slegata dalla dimensione individuale spostandosi anche sul piano della collettività.

Un contributo a alla psicologia positiva, è stato dato anche dall'economista e filosofo indiano Amartya Sen. Egli opera una distinzione tra quelle che lui definisce "functionings" e le "capabilities". Le prime sono le costituenti fondamentali del benessere, i traguardi che una persona consegue attraverso le proprie attività, ruoli e lo sviluppo dell'identità personale. Le seconde, invece, sono l'insieme delle funzioni di cui un individuo dispone nell'ambiente (ad esempio la libertà personale, l'autonomia ecc.). In questo modo il benessere si configura non solo come la soddisfazione di bisogni primari, ma anche come la soddisfazione di altre funzionalità che possono variare in base al contesto culturale. Sen, inoltre, introduce il concetto di "agency", l'azione caratterizzata da intenzionalità, consapevolezza, autodeterminazione e responsabilità assunta in primo ruolo dall'individuo. Benessere e agency non coincidono. Il benessere riguarda il soddisfacimento di funzioni individuali, l'agency è il conseguimento di obiettivi rilevanti per l'individuo, ma che tiene conto della relazione tra l'individuo e il contesto. Gli obiettivi non sono necessariamente connessi al benessere

personale, ad esempio essi possono portare a meno tempo libero disponibile, minor libertà e poco riposo per attività rilevanti per la comunità più che per l'individuo stesso (Sen, 1992).

La psicologia positiva rileva quindi l'importanza delle potenzialità dell'individuo e le sue risorse, non si riduce più a metterne in luce solo i limiti e le mancanze (ossia la patologia) (Delle Fave, 2006). La psicologia positiva però, non è un movimento del tutto nuovo o che si propone come un completo ribaltamento della visione del mondo precedente. Infatti, come già detto, anche la psicologia umanistica di Maslow aveva messo in luce l'importanza delle caratteristiche costruttive dell'individuo. Quello che cambia è l'obiettivo e il massiccio utilizzo di metodologie scientifiche. Gli obiettivi degli psicologi positivi sono, infatti, accomunati da una grande fiducia per le numerose potenzialità di sviluppo dell'individuo e delle culture umane in generale.

1.3 Principali teorie e modelli del benessere

Esistono molti modelli di autori differenti che hanno cercato di proporsi come una spiegazione esaustiva dei fattori che determinano quello che viene definito essere il benessere.

Per quanto riguarda quello che è il benessere soggettivo, quindi principalmente il campo della prospettiva edemonica, Ed Diener individua quelle che, secondo lui, ne sono le componenti principali:

- Soddisfazione di vita: riguarda la sfera cognitiva. È la valutazione che il soggetto fa della propria esistenza, in conformità a riferimenti soggettivi. La valutazione può riguardare ambiti diversi come il lavoro, la famiglia, le relazioni sociali, e per ognuno di essi il soggetto esprime la propria gratificazione.
- Affettività positiva: emozioni piacevoli (come l'entusiasmo).
- Affettività negativa: emozioni spiacevoli (come la paura).

Le persone sperimentano un benessere soggettivo quando provano molte emozioni positive e poche negative e quando esprimono sentimenti di soddisfazione della propria vita personale. Inoltre, egli sostiene che emozioni positive e negative non sono indipendenti in termine di frequenza di presentazione, ossia, più una persona proverà emozioni positive o negative, meno tenderà a sentire le altre. Ma importante non è solo la frequenza di presentazione, lo è anche l'intensità. Perciò, come prima, se le emozioni positive saranno più intense, si percepiranno meno quelle negative e viceversa (Ed Diener, 1984).

Anche Allardt sostiene che non si debbano considerare solo le caratteristiche oggettive della vita nella determinazione del benessere, ma anche quelle soggettive. In base a questa affermazione, egli parla quindi di "qualità della vita" e di "livello di vita". La prima è connessa maggiormente ai bisogni che gli individui soddisfano entrando in relazione con altre persone o con la società, e quindi con gli aspetti non materiali della vita. Il "livello di vita" è invece maggiormente connesso ad aspetti più materiali dell'esistenza, cioè risorse esterne al complesso personale delle potenzialità individuali, come lo stato economico o la posizione sociale. L'autore opera poi anche una distinzione tra la soddisfazione (ciò che il soggetto sente

e prova nei confronti degli aspetti materiali della vita) e felicità (quello che l'individuo prova nei confronti degli aspetti non materiali della vita). Le combinazioni tra aspetti materiali/non materiali e quelli oggettivi/soggettivi danno vita a queste quattro dimensioni del benessere (Allardt, 1981). Il modello di Allardt è riportato nella figura 1.1.

	Aspetti oggettivi	Aspetti soggettivi
Aspetti materiali	Livello di vita	Soddisfazione
	Risorse materiali o impersonali	Sentimenti soggettivi nei riguardi delle condizioni di vita materiali
Aspetti non materiali	Qualità della vita	Felicità
	Relazioni delle persone con:	Sentimenti soggettivi nei riguardi delle condizioni non materiali di vita
	– Relazioni (loving)	
	– Essere (being)	
	– Salute (health)	

Fig.1.1 *Aspetti del benessere*, Allardt.

Un altro autore che si è preoccupato di fornire un modello di benessere è Adler (1927/1954). Egli propone un modello che può essere rappresentato attraverso quella che lui chiama la “Wheel of wellness”, ruota del benessere. Essa consiste in cinque centri concentrici (che rappresentano i “Life Task”), attraversati da dodici raggi che rappresentano i compiti, in ogni campo della vita, che devono essere affrontati. Al centro di questa ruota vi è la “Spiritualità”, intesa come la consapevolezza di essere, la forza che trascende gli aspetti materiali della vita e che permette un profondo senso di connessione con l’universo. A contenere questo cerchio centrale vi è l’“Autodeterminazione”, il modo in cui un individuo regola e dirige sé stesso nelle attività e nel raggiungimento degli obiettivi di vita. Dall’“Autodeterminazione” dipartono poi

dodici raggi che rappresentano: il senso di valore, il senso di controllo (di sé), le credenze razionali, la consapevolezza delle proprie emozioni e il coping, il Problem Solving e la creatività, il senso dell'umorismo, la nutrizione, l'esercizio, il Self-care, lo stress, l'identità di genere, l'identità culturale. Il cerchio successivo è quello del "Lavoro e tempo libero" che permette esperienze piacevoli e soddisfacenti e il senso di aver raggiunto un traguardo. Allo stesso livello vi è il cerchio dell'"Amicizia", che incorpora tutte le connessioni interpersonali che sottendono una relazione, ma che non hanno connotazione familiare o sessuale. L'ultimo cerchio, sempre allo stesso livello dei due precedenti, è quello dell'"Amore". Al suo interno rientrano tutte le relazioni importanti, di lunga durata e di impegno reciproco tra le parti, che implicano intimità o familiarità (Meyers, Sweeney e Witmer, 2000). La Wheel of Wellness è illustrata nella figura 1.2.

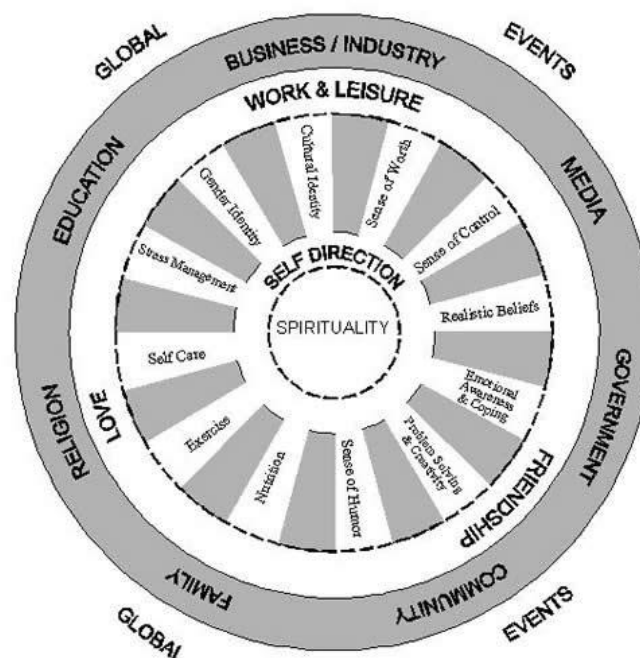


Fig.1.2 *The Wheel of Wellnes*, Adler

Un modello di benessere che ha avuto notevole successo, è quello di Carol Ryff (1989). Esso si colloca nella corrente eudaimonica degli studi sul benessere, determinando la multidimensionalità di quello che è il benessere psicologico. Secondo Ryff, il benessere è il risultato dell'interazione tra l'individuo e il contesto, il "fit" ottimale tra individuo e ambiente, dando quindi grande rilevanza a quest'ultimo. Le dimensioni fondamentali del benessere psicologico sono sei:

- Autonomia: determinare in maniera indipendente le proprie scelte e il proprio comportamento, avere un'autovalutazione su parametri soggettivi e una capacità di resistere alle pressioni sociali.
- Padronanza ambientale: capacità di controllare attività esterne all'individuo, gestire l'ambiente circostante e, allo stesso tempo, cogliere le opportunità che l'ambiente offre.
- Crescita personale: saper percepire la crescita e lo sviluppo delle proprie potenzialità, cercando di realizzarle in nuove esperienze e vedere sé stessi come in continuo cambiamento.
- Relazioni positive con gli altri: avere relazioni con gli altri soddisfacenti e caratterizzate da una valenza positiva, basate sulla fiducia e l'empatia e comprendere la natura reciproca delle relazioni umane.
- Scopo nella vita: avere la sensazione che la vita, presente e passata, abbia un senso e avere delle credenze che le forniscano uno scopo.

- Accettazione di sé: riconoscimento del sé e sua accettazione positiva, sia per quanto riguarda i pregi, sia per quanto riguarda i difetti e sentimenti positivi riguardo la vita passata.

Oltre al benessere psicologico e a quello soggettivo, la psicologia si è interessata anche di quello che è stato chiamato “benessere sociale”. Ciò significa che il benessere di un individuo è determinato anche dalle relazioni sociali in cui esso viene a trovarsi e dalla comunità in cui vive. Keyes (1998) sostiene che, per comprendere il funzionamento mentale ottimale e la salute dell'individuo, sia necessario lo studio anche di un benessere posto sul piano sociale. Questo autore propone un modello per valutare il benessere sociale attraverso cinque criteri:

- Integrazione sociale: quanto l'individuo sente di condividere con gli altri e di appartenere ad una comunità.
- Accettazione sociale: fiducia e senso di agio nello stare con gli altri e opinione positiva sulla natura umana.
- Contributo sociale: possibilità di offrire qualcosa alla propria società e di avere al suo interno un ruolo di valore.
- Attualizzazione sociale: valutazione dell'andamento e delle potenzialità complessive di una società.
- Coerenza sociale: valutazione di una società intellegibile, comprensibile e ordinata.

Gli autori che si sono dedicati allo studio del benessere hanno trattato perciò tre tipi di benessere differente:

- Il benessere psicologico

- Il benessere soggettivo
- Il benessere sociale

fornendo ognuno una spiegazione incentrata su uno di questi tre. Nei modelli recenti si nota comunque la grande importanza che viene data all'ambiente nel quale l'individuo si muove, opera le proprie scelte e sviluppa le proprie possibilità, oltre che alle caratteristiche costruttive dell'individuo.

CAPITOLO 2

Il benessere nel campo dei disturbi specifici dell'apprendimento

2.1 Percezione del benessere in soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento

L'interesse per i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), è notevolmente aumentato in tempi recenti. Si può notare nella figura 2.1, l'incremento nel numero di pubblicazioni concernenti il benessere nel campo dei disturbi specifici dell'apprendimento.

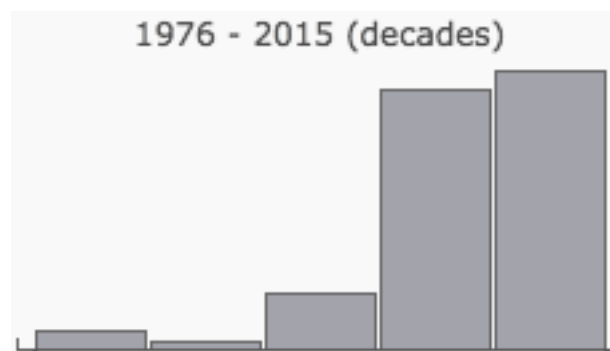


Fig. 2.1 Pubblicazioni su benessere e disturbi specifici dell'apprendimento dal 1976 a oggi

In particolare, in Italia, ciò è stato possibile grazie all'approvazione della Legge 8 ottobre 2010, n°170 che *“riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, di seguito denominati «DSA», che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana”*.

Per quando riguarda il benessere, il passaggio dalla semplice malattia mentale e salute, alle esperienze socio-individuali e alle condizioni non mediche, ha favorito di molto lo studio riguardante questo campo (Hall, 2010). Alcuni studi nel Regno Unito, hanno trovato una diseguaglianza tra il benessere, in campo di salute, delle persone affette da uno o più disturbi specifici dell'apprendimento, e persone che invece non ne presentano nessuno. I soggetti DSA sono risultati avere una più bassa aspettativa di vita e il doppio dei problemi di salute della popolazione generale. (van Schroyen Lantman-De Valk et al. , 2000). Questo è dovuto anche al fatto che soggetti con delle difficoltà di apprendimento hanno più difficilmente accesso ai trattamenti per problemi di salute.

Spostandoci dal campo restrittivo della salute, a uno più generale che comprenda anche gli aspetti sociali, culturali e relazionali della vita di un individuo, uno studio di Anna Haigh, Darren Lee, Carl Shaw, Michelle Hawthorne, Stephen Chamberlain, David W. Newman, Zara Clarke and Nigel Beai (2012) ha tentato di indagare che cosa rendesse una persona con uno o più disturbi dell'apprendimento felice e soddisfatto della propria vita. Il presupposto da cui partono, è che le persone possono ritenersi felici anche quando nella loro vita è presente qualcosa che vorrebbero cambiare (Verri, 1999).

Gli autori si sono recati in alcuni luoghi, dove persone con difficoltà di apprendimento erano solite passare la giornata, per sottoporli delle interviste che indagassero che cosa li rendesse felici e soddisfatti della propria vita. I soggetti selezionati in base al criterio di soddisfazione furono ventitré, di età compresa tra i 23 e i 67 anni d'età. Gli intervistatori sottoposero delle interviste ai soggetti, su come si sentissero nei confronti della propria vita, cosa ritenessero

importante per renderli felici, cosa cambiasse quando non si sentivano felici, cosa gli sarebbe piaciuto cambiare nel futuro.

Dallo studio emerse che esistono diversi fattori che rendono una persona con disturbo specifico dell'apprendimento soddisfatta della propria vita.

In primo luogo, vi sono i fattori ambientali, che includono: avere una propria indipendenza dal caregiver; avere la possibilità di fare delle scelte autonome (ad esempio, poter decidere di andare a vivere assieme a un amico o decidere cosa fare quando si provano emozioni difficili, come la tristezza per la morte di qualcuno significativo); avere delle cose da fare e delle persone con cui farle, sia in casa, sia fuori casa; avere un ruolo sociale rilevante; avere buone relazioni con la famiglia, gli amici ed eventuali fidanzati/e.

Altri fattori indagati, sono invece quelli che non permettono al soggetto di essere soddisfatto della propria vita: assenza di un servizio che possa fungere da sostegno nelle attività e nelle relazioni; mancato supporto da parte della famiglia; assenza di appartenenza familiare; difficoltà economiche; aspetti della personalità che non permettano un buon adattamento all'ambiente.

Anche Scott, Scherman e Philips (1992) hanno condotto uno studio su adulti dislessici che ritengono di aver ottenuto successo nella vita. I fattori correlati con questo successo sono risultati essere: intervento precoce riguardo al proprio disturbo; individuazione di capacità e hobby significativi; supporto familiare; coinvolgimento personale nel conseguire un senso di autoefficacia. Le persone con un disturbo specifico dell'apprendimento hanno, infatti, anni di fallimenti e frustrazione alle spalle, che li porta ad avere anche aspettative di vita più basse. Questa "inadeguatezza" non è percepita solo in campo accademico, ma anche nelle altre

esperienze di vita dell'individuo (ad esempio, nei rapporti interpersonali). Il fatto di sentirsi inadeguato, pone l'individuo a rischio di sperimentare fallimenti e, soprattutto se il disturbo non è diagnosticato, alla mancanza di un background di successo. S'instaura quindi un andamento ciclico che fa seguire a un fallimento un'esperienza di frustrazione. Tutto ciò porta a un'instabilità emotiva che non farà sperimentare all'individuo un senso di benessere personale. Per evitare che questo ciclo si perpetui e, soprattutto, che abbia inizio, è necessario che il disturbo sia identificato abbastanza precocemente (solitamente in età scolare), che le proprie difficoltà siano capite e accettate dall'individuo, e che a esse sia posto rimedio fornendo dei supporti e delle strategie compensative.

Un altro studio (Hellendorn, Ruijsenaars, 2000), ha individuato come i fattori più significativi per la percezione di benessere in un individuo con un disturbo specifico dell'apprendimento siano una diagnosi precoce e un intervento abilitativo, confermando gli studi già condotti in precedenza.

McNulty (2003) utilizza il metodo delle storie di vita nel proprio studio, confrontando i racconti di dodici soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di dislessia. I risultati dello studio, rilevano che esistono problemi di autostima già nella prima infanzia, appena si riscontrano dei problemi di apprendimento che fanno sperimentare il fallimento. Queste esperienze fanno sì che i soggetti neghino le proprie difficoltà, per poter proteggere il senso di sé e la propria autostima. Nell'età adulta, ciò che rimane è un senso d'insicurezza emotiva, che comporta delle difficoltà in campo lavorativo, relazionale e in altre aree significative della vita di un individuo. Per far fronte alle difficoltà, gli individui utilizzano strategie diverse in base alle

proprie aree di competenza e alle risorse ambientali di cui dispongono. Importante per poter sperimentare benessere, è che al momento della diagnosi, il soggetto comprenda al meglio le proprie difficoltà e che acquisti informazioni utili per poter affrontare il problema e poter mettere in atto strategie efficaci e adattive.

Un altro studio, è stato condotto per verificare il benessere psicosociale di soggetti con un disturbo dell'apprendimento. Il fatto di definire il benessere come "psicosociale", è dato dal fatto che lo studio condotto si basi sul modello biopsicosociale di Engel, e che sia stata rilevata l'importanza di monitorare l'impatto di una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento sulla vita di una persona. Sono stati confrontati due gruppi di soggetti. Il primo gruppo era costituito da individui con diagnosi di dislessia pregressa (a 10 anni) e il secondo con diagnosi di dislessia in età adulta. Ciò che si voleva indagare era se la diagnosi di dislessia, fosse un fattore di protezione per il benessere psicosociale. Dai risultati emerge che la diagnosi precoce svolge un ruolo protettivo nel permettere ai soggetti libertà di scelta nella vita personale e sociale, mentre una diagnosi tardiva ha condizionato pesantemente la vita degli adulti, generando in loro una scarsa capacità nel gestire le difficoltà, un forte senso di stress e insicurezza e difficoltà a trovare condizioni adatte per lo sviluppo di storie di vita positive.

Gli studi qui proposti hanno perciò permesso di comprendere come, nella vita di una persona con un disturbo specifico dell'apprendimento, vi siano dei fattori in più, oltre a quelli che occorrono nella popolazione generale (relazioni familiari ed extra familiari, stabilità emotiva, indipendenza, valore sociale, ecc.), a determinare il grado di benessere nella vita individuale.

In particolare, la diagnosi precoce del disturbo sembra favorire un maggior benessere durante l'arco della vita, permettendo all'individuo di sviluppare delle strategie che possano aiutarlo con le proprie difficoltà. Inoltre, risulta molto importante che il soggetto non solo sappia di che tipo di disturbo sia affetto, ma anche che lo comprenda e che gli vengano fornite informazioni utili per poterlo compensare in maniera efficace.

2.2 I disturbi specifici dell'apprendimento e il benessere emotivo

Di particolare interesse nel campo dei disturbi dell'apprendimento, sono risultate essere le componenti emotive che concorrono a determinare il livello di benessere, ossia quello che è stato chiamato "benessere emotivo". I fattori che concorrono a determinarne la presenza, sono di grande importanza nella vita di un individuo. Essi possono essere, ad esempio, l'autostima, il locus of control, le attribuzioni e il contenimento delle emozioni intense. Particolarmente importanti, sono il livello di ansia e la depressione. Si sono notate, infatti, delle differenze tra i risultati ottenuti in campioni normali della popolazione e in gruppi di soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento.

La storia ci insegna che la psicologia si è preoccupata poco delle emozioni delle persone con disturbi specifici dell'apprendimento. È solo in tempi recenti che gli studi su soggetti affetti da questo tipo di disturbi si sono moltiplicati e si è iniziato a considerare i disturbi dell'apprendimento come un rischio per la salute fisica e psicologica degli individui.

Kieron Sheehy e Melanie Nind (2005), hanno cercato di dare una risposta al perché del poco interesse per il benessere emotivo di questa fascia della popolazione, in particolare per quanto riguarda gli individui che presentano uno o più disturbi dell'apprendimento, gravi.

Per prima cosa, gli autori sostengono che l'errore sia storico, ossia soltanto recentemente le persone con delle difficoltà, incluse quelle dell'apprendimento, hanno iniziato a essere considerate come persone che richiedono un interesse particolare per quanto riguarda la loro qualità di vita e il loro benessere. Prima, l'interesse per chi era affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento era scarso, e queste persone sono state sempre poco considerate.

In secondo luogo, le persone con difficoltà mentali e quelle con disturbi specifici dell'apprendimento sono state considerate come due gruppi separati e distinti, facenti riferimento a due tipi di servizi differenti. Recentemente, si è cercata di colmare questa divisione attraverso la creazione di servizi "ponte" che permettessero di mettere in collegamento i servizi per la salute mentale e quelli dedicati in particolare alle persone affette da un disturbo specifico dell'apprendimento. Uno di questi tentativi, ad esempio, nel 2002 è il "People with Learning Disabilities and Mental Health Needs: Special Interest Group".

Ultimo problema è che le persone con gravi disturbi dell'apprendimento non riescono a far sentire la propria voce a causa delle loro difficoltà nell'utilizzo del linguaggio, creandosi in questo modo delle barriere nella comunicazione. È necessario perciò, che qualcuno si faccia portavoce dei diritti di questi soggetti, in modo tale da non essere più ignorati ed iniziare ad essere considerati come persone che necessitano di sostegno da parte dell'organizzazione per la salute mentale.

Ad oggi, l'interesse per il benessere emotivo di soggetti con disturbi specifici

dell'apprendimento sembra aumentare sempre di più, proprio grazie al fatto che queste persone sono state in grado, tramite anche l'aiuto di associazioni, di far valere i propri diritti e le proprie particolari necessità.

Dagli studi, è emerso che, le persone affette da un disturbo specifico dell'apprendimento, sono più ansiose rispetto alla popolazione normale. Va però operata una distinzione tra “ansia di stato” e “ansia di tratto”: la prima è una reazione emotiva a situazioni sentite come minacciose, la seconda è invece una caratteristica stabile dell'individuo. L'ansia di tratto è stata maggiormente associata ai disturbi specifici dell'apprendimento.

Margalit e Shulman (1986) hanno sottoposto a 40 studenti dai 12 ai 14 anni (20 affetti da un disturbo specifico dell'apprendimento, 20 con sviluppo tipico), un self-report disposizionale, il State-Trait Anxiety Inventory, per esaminare il loro livello di ansia. I soggetti con un disturbo specifico dell'apprendimento, sono risultati avere livelli più alti di ansia di tratto, rispetto al gruppo dei soggetti normali.

Dollinger (1988) ha cercato di indagare, in uno studio condotto da lui, l'associazione tra problemi del sonno e alti livelli di preoccupazione riguardo alla scuola, in soggetti con un disturbo specifico dell'apprendimento. I risultati hanno dimostrato che l'alto livello di ansia in adolescenti con disturbi specifici dell'apprendimento ha una correlazione positiva con i disturbi del sonno. Questi ultimi sembrano dati soprattutto dalla preoccupazione per la propria competenza, in particolare riguardo all'apparire incompetente in pubblico. Nello specifico, i disturbi del sonno sono provocati dall'ansia di commettere errori, prendere brutti

voti, essere presi in giro e criticati.

Uno studio di Tobia, Bonifacci, Ottaviano, Borsati, Marzocchi (2014), ha indagato la risposta psicofisiologica a compiti specifici, in soggetti dislessici e normali. Le previsioni degli autori riguardo allo studio sono:

- nel gruppo di dislessici la risposta di conduzione cutanea sarà diversa in compiti di lettura e in compiti di non-lettura, risultando più alta nei primi, mentre l'attivazione sarà uguale nei due tipi di compiti per i soggetti del gruppo di controllo;
- si verificherà una differenza di conduzione cutanea, nei compiti di lettura, tra il gruppo di soggetti dislessici e il gruppo di controllo.

Il campione era composto da 32 soggetti (16 con diagnosi di dislessia, 16 a formare il gruppo di controllo dei lettori tipici), di età compresa tra gli 8 e i 14 anni. Ai soggetti sono stati sottoposti compiti di lettura ad alta voce, compiti di lettura in silenzio e compiti di non-lettura.

Dallo studio è emerso che non vi sono differenze significative per il tipo di materiale utilizzato per entrambi i gruppi, però nel gruppo dei dislessici risulta un'interazione con una più alta attivazione quando la richiesta è quella di descrivere storie ad alta voce rispetto a quando viene chiesto di farlo in silenzio, ma non quando leggono. In quest'ultimo tipo di compiti, il gruppo dei dislessici mostra una simile attivazione, sia per la lettura ad alta voce, sia in silenzio, molto vicina all'attivazione di base.

Per il gruppo di controllo, invece, vi è una più alta attivazione per entrambi i tipi di compito, nella condizione in cui è richiesto esprimersi ad alta voce. L'ipotesi principale non è quindi stata supportata, ma è stata trovata una differenza di attivazione cutanea tra il gruppo di

soggetti dislessici e il gruppo dei lettori tipici. Riguardo alla seconda ipotesi, è emerso che vi è una più bassa conduttanza cutanea nei soggetti dislessici, in compiti di lettura ad alta voce, mentre la conduttanza risulta simile negli altri tipi di compito, rispetto al gruppo dei lettori tipici. I dislessici, non sperimentano quindi la normale alta attivazione nei compiti di lettura ad alta voce, ma, al contrario, sperimentano un'attivazione minore. Un'ipotesi derivata dai risultati, è che questa ipo-attivazione sia dovuta all'attivazione di strategie di contenimento delle emozioni negative, associate a questi tipi di compiti, da parte dei soggetti affetti da dislessia. Altra spiegazione potrebbe essere che, di fronte a compiti particolarmente stressanti e con elevata richiesta di attenzione, la conduttanza cutanea sembra diminuire.

Marglit e Raviv (1984), hanno poi condotto uno studio per indagare la presenza di disturbi somatici minori, in bambini e adolescenti con disturbi dell'apprendimento. I disturbi somatici minori consistono nella percezione di dolore o fatica, in assenza di cause organiche. I risultati dello studio dimostrano che, bambini e adolescenti con un disturbo dell'apprendimento hanno una più alta proporzione di disturbi somatici, rispetto alla popolazione normale.

Gregg, Hoy, King, Moreland e Jagota (1992), hanno dimostrato che, gli studenti del college con disturbi dell'apprendimento, hanno livelli di ansia molto alti. Allo studio hanno partecipato 42 studenti con disturbi dell'apprendimento, a cui è stata sottoposta il questionario MMPI-2. Rispetto al punteggio normale, questi studenti sono risultati avere punteggi di ansia molto più elevati.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come, i disturbi specifici dell'apprendimento, siano

strettamente legati alla depressione.

Beck (1976), sostiene che la depressione è caratterizzata da un pattern di pensieri negativi riguardanti se stessi, il proprio ambiente e il futuro. Nei ragazzi con disturbi specifici dell'apprendimento, questa ipotesi è confermata dal fatto che gli insuccessi a scuola fanno provare sentimenti d'incapacità che, con l'avanzare degli anni, possono diventare sempre più intensi e negativi, coinvolgendo quindi tutti gli ambiti citati da Beck nella sua ipotesi.

In uno dei suoi primi studi, Goldstein (1985) ha indagato il livello di depressione, attraverso il Children's Depression Inventory, in bambini e ragazzi affetti da un disturbo specifico dell'apprendimento. Egli non utilizza un gruppo di controllo, ma compara il valore ottenuto dal gruppo incluso nel suo studio, con quello della popolazione normale. I risultati mostrano come il 26% dei soggetti del gruppo affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento soffre di depressione, contro il 10% della popolazione normale, dimostrando quindi la correlazione tra depressione e disturbi specifici dell'apprendimento.

Maag e Behrens (1989), hanno indagato la prevalenza e gravità della depressione di 465 studenti con disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi emotivi, provenienti da scuole medie e superiori. I risultati indicano che il 20% dei maschi e il 32% delle femmine frequentanti la scuola media sono gravemente depressi, mentre, tra i frequentanti la scuola superiore, la percentuale si riduce al 17% per i maschi e al 18% per le femmine. Ciò indica che i ragazzi delle scuole medie affetti da un disturbo specifico dell'apprendimento sono più depressi di quelli che frequentano la scuola superiore. In entrambi i gruppi, comunque, la

percentuale è più alta rispetto a quella ottenuta dal campione normale.

Strettamente legata alla depressione, è il tentativo di suicidio, altra area in cui soggetti con disturbi dell'apprendimento risultano essere a rischio. L'interesse per questo campo, deriva dall'aumento, negli ultimi quindici anni, del tasso di suicidi in adolescenza, che è cresciuto notevolmente nell'ultimo quarto di secolo. Gli studi suggeriscono che depressione e suicidio sono strettamente correlati. A causa della più alta percentuale d'individui depressi nella popolazione affetta da disturbi dell'apprendimento, questi soggetti presentano anche un più alto tasso di rischio di suicidio, soprattutto in adolescenza, rispetto alla popolazione normale. Le ricerche hanno quindi dimostrato che vi è una potenziale relazione tra la presenza di disturbi dell'apprendimento e il rischio di suicidio.

Hayes e Sloat hanno condotto un'indagine su tutti i tipi di circostanze legate al suicidio, in 129 scuole superiori texane. I risultati dimostrano che il 14% dei tentati suicidi è messo in atto da individui con disturbi dell'apprendimento.

Peck (1985) ha condotto uno studio sui casi di suicidio di adolescenti seguiti dal Los Angeles Suicide Prevention Centre di soggetti sotto i quindici anni, per un periodo di tre anni. In totale i casi erano 14, e il 50% delle vittime risultavano essere affette da un disturbo dell'apprendimento.

Anche Pfeffer (1986) evidenzia una relazione tra suicidio e disturbi dell'apprendimento. La ricercatrice sostiene che i deficit cognitivi di questa fascia della popolazione, limitano una

buona capacità di gestione delle situazioni stressanti o di trovare soluzioni alternative per i propri problemi. In questo modo, gli individui sperimentano un sentimento di helplessness che porta, se il sentimento diventa troppo intenso e crea grande sofferenza, a dei veri e propri tentativi di suicidio.

Tentato suicidio e disturbi dell'apprendimento, sembrano quindi essere collegati come diretta conseguenza del più alto rischio di depressione in questa fascia della popolazione.

È perciò necessario porre l'attenzione al benessere emotivo delle persone con un disturbo specifico dell'apprendimento, poiché esso è associato con più alti livelli di ansia e di depressione e il disturbo stesso potrebbe costituire un fattore di rischio.

2.3 I disturbi specifici dell'apprendimento come fattore di rischio per il benessere emotivo

Come già visto nel paragrafo precedente, i disturbi specifici dell'apprendimento potrebbero costituire un fattore di rischio per il raggiungimento di un buon livello di benessere. Vi sono prove che i soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento, hanno più problemi emotivi e di personalità. Sperimentano, inoltre, come visto in precedenza, livelli più alti di ansia e di depressione.

Huntington e Bender (1993) hanno considerato cinque aree che, secondo gli autori, sono

quelle che maggiormente concorrono a determinare il grado di benessere emotivo dell'individuo, e che differiscono in maniera significativa tra soggetti con un disturbo specifico dell'apprendimento e soggetti normali. I due autori hanno raggruppato, per ogni area, degli studi che evidenziano queste differenze.

La prima area analizzata è quella del self-concept, ossia la concezione che ogni individuo ha di se stesso. Il self-concept generale è la concezione globale di se stessi, vi è poi la concezione di se nelle diverse aree della vita. In particolare, per quanto riguarda i disturbi specifici dell'apprendimento, ci si è concentrati sul self-concept accademico, ossia sulla reputazione che gli individui si formano delle proprie qualità come studenti.

Chapman (1988), ha indagato il self-concept accademico di soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento frequentati le scuole medie, comparandolo con quello di un gruppo di soggetti normali, per tre anni. I due gruppi erano uguali per livello d'intelligenza, insegnanti, livello socioeconomico, età e genere. Ai due gruppi è stato sottoposto il "Perception of Ability Scale for Students" (Boersman, Chapman, 1990). I soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento hanno ottenuto punteggi più bassi rispetto al gruppo di soggetti normali e i loro punteggi non variavano nel tempo per quanto riguarda il self-concept accademico, mentre non sono emerse differenze nei punteggi del self-concept generale. Questo è determinato dal fatto che i risultati ottenuti dagli studi su quest'ultimo tipo di self-concept, sono scarsi.

Altra area del benessere emotivo importante per gli autori, è quella delle attribuzioni di risultati di successo o fallimento a caratteristiche proprie (locus of control interno) o a cause

esterne, non controllabili (locus of control esterno). I metodi utilizzati per indagare il tipo di attribuzioni utilizzate dall'individuo, possono essere disposizionali o situazionali. I metodi disposizionali consistono nel sottoporre al soggetto delle domande cui deve rispondere riguardo situazioni ipotetiche, quelli situazionali coinvolgono l'individuo nello svolgimento di un compito e al soggetto è chiesto (prima o dopo) cosa pensa del compito proposto. La maggior parte degli studi condotti sullo stile attributivo d'individui con disturbi dell'apprendimento, ha riscontrato delle differenze tra essi e la popolazione normale.

Jacobsen (1986) ha condotto uno studio per comparare lo stile attributivo di ragazzi con un disturbo dell'apprendimento, con quello di ragazzi provenienti dalla popolazione normale. Il campione era composto da 37 soggetti che soffrivano di un disturbo dell'apprendimento e da 67 soggetti senza DSA, frequentanti le classi seconda e terza di scuola secondaria di primo grado e con uguale background socioeconomico e di razza. Ai ragazzi sono state sottoposte delle situazioni ipotetiche di fallimento e di successo. I risultati evidenziano che, i soggetti normali tendono ad associare solitamente il successo a un locus of control interno, il fallimento a un locus of control esterno. I soggetti con disturbo dell'apprendimento, invece, associano anch'essi il successo a un locus of control interno, ma lo considerano in termini di sforzi per raggiungere l'obiettivo. Il fallimento, al contrario del gruppo normale, è invece associato a un locus of control interno, nel senso di carenza di abilità. Questi risultati fanno emergere che, chi soffre di un disturbo dell'apprendimento, per quanto riguarda gli stili attributivi, in particolare nelle situazioni di successo, non beneficia dell'autostima positiva associata al superamento del compito, che le altre persone sperimentano.

Kistner (1988), ha condotto uno studio longitudinale, per indagare la relazione tra attribuzioni di successo e progresso accademico, di soggetti con un disturbo

dell'apprendimento. Egli trova che, se chi soffre di un disturbo dell'apprendimento associa il fallimento a cause controllabili, allora avrà più successo accademico e un miglior comportamento in classe.

Riassumendo, gli studi riguardanti le attribuzioni hanno evidenziato delle differenze sugli stili attributivi di soggetti con un disturbo dell'apprendimento e soggetti normali. Nei primi le attribuzioni risultano più interne sia per quanto riguarda il successo, sia per il fallimento. Ciò è un rischio, poiché associare il fallimento a cause interne, porta ad avere una maggiore autocritica e scarsa autostima, e quindi un livello di benessere emotivo inferiore.

La terza area importante per il benessere emotivo è quella del livello d'ansia sperimentato nella vita quotidiana. Come già detto, esistono differenze significative tra il livello di ansia in soggetti con un disturbo dell'apprendimento, e quello presente nella popolazione normale. I soggetti con disturbo dell'apprendimento sembrano sperimentare livelli più alti di ansia, in particolare ansia di tratto. Alcuni degli studi citati dagli autori, sono quelli di Margalit e Shulman, quello di Dollinger, quello di Marglit e Raviv, e quello di Gregg, Hoy, King, Moreland e Jagota già discussi nel paragrafo precedente.

La quarta area essenziale da considerare per il benessere emotivo, è quella riguardante la depressione. Gli individui con disturbi dell'apprendimento sono molto più a rischio di depressione rispetto alla popolazione normale. Gli studi proposti dagli autori sono quelli già citati di Stevenson et Romney, Gregg e Maag et Behrens.

Ultima area considerata dagli autori è la tendenza al suicidio, area anch'essa già discussa in precedenza.

Huntington e Bender (1993) hanno portato prove a sostegno del fatto che, queste cinque aree del benessere emotivo, possono essere messe a rischio dalla presenza di un disturbo dell'apprendimento. Un'ipotesi molto interessante, è quella emersa riguardo alla percezione delle emozioni negli altri. Gray (1983) ha evidenziato che, le persone affette da un disturbo dell'apprendimento, hanno maggiore difficoltà nel riconoscimento di emozioni degli altri dall'espressione facciale. Esse sono inoltre inabili a gestire le emozioni intense, che solitamente sono confuse tra loro, poco riconosciute, mal gestite e rifiutate. Da questo, deriva l'“ipotesi emozione-specificità”, ossia l'ipotesi che, gli individui con difficoltà di apprendimento, siano inabili a riconoscere le emozioni attraverso le espressioni facciali e, di conseguenza, faticino a comprendere le emozioni degli altri (Rojan, 1995).

I disturbi dell'apprendimento, in accordo con gli studi qui riportati, sembrano quindi essere un fattore di rischio per lo sviluppo di un benessere emotivo più basso rispetto a quello della popolazione normale. Ciò risulta in rischio di depressione e suicidio più alti, attribuzioni di fallimento interne, self-concept più negativo e livelli di ansia più elevati. Questo è anche il motivo per cui l'interesse per la salute (mentale e fisica), di questi individui, è cresciuta notevolmente negli ultimi anni, e per i numerosi servizi di prevenzione e sostegno che continuano ad essere creati a protezione di chi soffre di un disturbo dell'apprendimento.

CAPITOLO 3

Il benessere e la famiglia

3.1 il ruolo della famiglia nel benessere dei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento

Nelle diverse teorie del benessere proposte in questa sede, la famiglia e, soprattutto, i suoi membri, ricoprono sempre un ruolo fondamentale. Come abbiamo visto, avere delle buone relazioni familiari e avere un ruolo importante all'interno delle dinamiche relazionali della propria famiglia, sono alla base per la sperimentazione di un buon livello di benessere. Poter utilizzare la famiglia come una base sicura e una fonte di sostegno, è molto importante per un bambino che soffre di un disturbo specifico dell'apprendimento, che ha bisogno di queste condizioni fondamentali per avere la possibilità di superare, nel modo migliore, gli ostacoli che gli si pongono davanti nella vita di ogni giorno. Avere in famiglia un individuo con un disturbo specifico dell'apprendimento, ha un grosso impatto non solo sul benessere dell'individuo stesso, ma anche su quello di tutti gli altri membri della famiglia. Fondamentale per il benessere individuale, soprattutto nel campo dei disturbi dell'apprendimento, è quindi il poter far affidamento sul supporto fornito dalla propria famiglia, cosa che può essere realizzata al meglio se essa stessa gode di un certo stato di benessere.

A questo proposito, Waggoner e Wilgosh (1990) individuano quelle che, secondo loro, sono le necessità fondamentali di una famiglia con uno o più bambini che soffrono di un disturbo

specifico dell'apprendimento, al fine di poter affermare di essere in uno stato di benessere. Il loro studio, nasce proprio dalla volontà di arrivare a questo obiettivo e dalla necessità di riuscire a trovare un modo efficace per poterlo raggiungere, in particolare attraverso le relazioni che si creano tra professionisti e genitori. Nonostante queste relazioni esistano per migliorare il più possibile le condizioni del bambino, a scuola o nelle relazioni esterne, la maggior parte degli effetti sui genitori e sulle famiglie, è di tipo negativo (Kroth, 1987). Proprio per migliorare queste relazioni e per far sì che i risultati ottenuti siano per lo più positivi, è importante capire che, questo tipo di famiglie, ha delle necessità particolari. Gli autori hanno cercato di rilevare, attraverso uno studio condotto su otto famiglie, con uno o più figli con diagnosi clinica di un disturbo specifico dell'apprendimento, quelle che sono le richieste fondamentali affinché uno stato di benessere della famiglia e del bambino venga raggiunto.

Il primo bisogno fondamentale emerso dallo studio, è il ruolo attivo che i genitori devono avere nell'educazione del proprio figlio. I genitori, infatti, tendono a diventare dei veri e propri insegnanti o avvocati dei propri figli, aiutandoli nei compiti a casa e facendosi portavoce delle loro necessità. Aiutare il ragazzo a casa è di notevole importanza per i genitori, ma questo, ovviamente, comporta anche un senso di frustrazione, richiede di possedere determinate abilità, avere tempo da poter dedicare al proprio figlio e un impegno costante. Tutte caratteristiche che difficilmente, soprattutto se il genitore è un lavoratore a tempo pieno o possiede un livello d'istruzione basso, possono coesistere in un unico individuo.

Il secondo bisogno riportato dalle famiglie, riguarda l'istituzione scuola, in particolare il ruolo dei rapporti positivi con gli insegnanti dei propri figli. Gli insegnanti sono visti dai genitori

come buoni, ma a volte possono essere anche considerati in maniera negativa. Importante, affinché i genitori abbiano una buona esperienza del rapporto con gli insegnanti, è che essi comprendano il disturbo del bambino e che lo accettino, fornendogli aiuto e supporto in classe.

Di rilevanza fondamentale per il benessere familiare, è anche la presenza di un supporto di cui i genitori possano usufruire. Avere un figlio affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento è un'esperienza molto pesante per un genitore, che ha quindi bisogno di un sostegno sia da parte degli altri membri della famiglia, sia da parte di un ente esterno.

Altra necessità è che il bambino abbia una buona socialità con i suoi coetanei, che abbia un buon numero di relazioni e che queste relazioni siano per lui importanti e significative. Solitamente, un bambino affetto da un disturbo dell'apprendimento, è imbarazzato a causa delle proprie difficoltà e tende quindi a non esporsi troppo. A volte sono i genitori stessi a incitare il proprio figlio a creare delle relazioni con altri, proprio perché ritengono importante che esso abbia una vita sociale sana e attiva.

Una grossa preoccupazione che affligge i genitori, è come sarà il futuro del proprio figlio. Infatti, in base alla gravità e al tipo di disturbo dell'apprendimento, alcuni dei bambini possono prospettarsi un futuro relativamente incerto a causa delle proprie difficoltà e dei propri limiti. Quattro delle otto famiglie riportano, infatti, una grande preoccupazione per il futuro del proprio figlio. Queste famiglie necessitano quindi di certezze e di avere a disposizione delle risorse che possano aiutare il proprio figlio a superare, o meglio, a compensare le proprie difficoltà.

Un'altra importante necessità, è che gli sforzi emotivi compiuti dai genitori per sostenere il proprio figlio, vengano riconosciuti. Questi sforzi emergono principalmente nelle relazioni

sotto forma di valutazioni negative, poca autostima e sensazione di sofferenza emotiva dei genitori. Le emozioni negative dei propri figli, inoltre, possono influire sul benessere individuale dei genitori e avere quindi una ripercussione negativa sul benessere individuale del bambino e della famiglia.

Quello che emerge dallo studio, è quindi la particolare attenzione di cui hanno bisogno le famiglie con bambini affetti da disturbi dell'apprendimento, le loro necessità e richieste. È molto importante che esse si sentino tutelate e supportate, ma, soprattutto, che a essere tutelati e supportati siano i propri figli.

Gli studi condotti su famiglie con bambini che presentano disturbi specifici dell'apprendimento, suggeriscono che in esse siano presenti alti livelli di monitoraggio, stress genitoriale e paura per il futuro, tutti fattori che potrebbero mettere a rischio il benessere familiare, e, di conseguenza, quello di figli e genitori. Il 74% delle famiglie di questo tipo, vedono il disturbo dell'apprendimento come un evento negativo e le madri, in particolare, risultano avere livelli più alti di ansia e depressione (Snowling, 2007). Esse tendono, inoltre, ad avere livelli di stile di coping evitante più alti rispetto a quelli di madri di bambini senza disturbi di apprendimento.

Da uno studio di Bonifacci, Montuschi, Lami e Snowling (2014) gli alti livelli di stress dei genitori di bambini con dislessia, associati anche a una storia di difficoltà e di cattive performance di lettura nella storia del genitore stesso, sono stati comparati con quelli di genitori di bambini con uno sviluppo tipico. I risultati mostrano che il primo gruppo ha maggior distress genitoriale, a indicare quanto la patologia sia del figlio, sia dei genitori stessi, possa influire su di essi e sulla vita familiare.

Il profilo psicologico dei genitori, ha un grosso impatto sul benessere del bambino, in particolare quello psicologico. Ad esempio, è stato suggerito che livelli più alti di ansia e depressione, sono associati con la poca fiducia dei genitori nel proprio figlio, mentre sentimenti in accordo con genitori rappresentano un fattore protettivo.

Bonifacci, Storti, Tobia e Stuarti (2015), hanno condotto uno studio con lo scopo di rispondere a quattro quesiti fondamentali:

1. La valutazione dello stile e stress parentale e dell'indice di psicopatologia, riflette un disadattamento dei genitori di figli con disturbo specifico dell'apprendimento, rispetto a genitori di figli con sviluppo tipico?
2. I bambini con disturbi dell'apprendimento, mostrano più sintomi di ansia e depressione e minor autostima, rispetto a bambini con sviluppo tipico?
3. Esiste una differenza tra la percezione delle qualità dei genitori, in bambini con disturbo dell'apprendimento e in normali?
4. Esiste una relazione tra il profilo psicologico dei genitori e lo stile parentale, e il benessere del bambino?

Allo studio hanno partecipato 34 famiglie (17 con un figlio con diagnosi clinica di disturbo dell'apprendimento, 17 con un figlio con sviluppo tipico), e per ognuna sono stati coinvolti madre, padre e figlio. Per quanto riguarda i genitori, è stata rilevata una storia di lettura più povera rispetto ai normali, nel gruppo di genitori di bambini con disturbo di apprendimento. I genitori dei due gruppi non differiscono tra loro per il livello di occupazione o altre informazioni demografiche, ma lo fanno per il livello di educazione e i passati traguardi scolastici, confermando la familiarità dei disturbi specifici dell'apprendimento. Le difficoltà

dei genitori, non sembrano primariamente associate al loro distress, anche se essi si sentono più in difficoltà ad aiutare il figlio con i compiti. Questi genitori, però, non hanno ricevuto diagnosi di disturbi di apprendimento in passato, e può essere che, celatamente, questo abbia potuto influire su di loro. In generale, comunque, è emerso che i genitori di bambini con un disturbo dell'apprendimento hanno livelli di distress parentale più alti. Non vi è invece differenza per quanto riguarda l'indice di psicopatologia, i due gruppi risultano simili. Lo stile parentale, invece, differisce tra i due gruppi. I genitori di figli con disturbo dell'apprendimento, tendono ad avere uno stile parentale caratterizzato dal concedere abbastanza libertà al figlio, senza l'utilizzo di una disciplina severa, ma anche da overreactivity, ossia dal fatto di arrabbiarsi velocemente per gli errori del proprio figlio. Questa può sembrare una contraddizione, in realtà, di fatto, la libertà è concessa al figlio, ma se esso non raggiunge poi i risultati attesi, provoca rabbia nei genitori. Avere un figlio con un disturbo specifico dell'apprendimento ha, quindi, un forte impatto sui genitori stessi.

Dal punto di vista del benessere del bambino, è stato rilevato che le differenze più indicative sono quelle riportate nei punteggi dell'autostima accademica e interpersonale. Avere un disturbo specifico dell'apprendimento, ha un impatto solo su specifici domini dell'autostima, e non su quella in generale. Nel dominio dell'autostima accademica, il bambino riporta punteggi più bassi a causa delle proprie difficoltà di apprendimento, cosa che accade anche per quello dell'autostima interpersonale, in cui le proprie difficoltà scolastiche limiterebbero le relazioni con i compagni di classe. Per quanto riguarda le qualità dei genitori, sembra che non ci siano differenze tra il gruppo normale e il gruppo DSA, ma si rileva una differenza tra la scelta parentale. I bambini con disturbi dell'apprendimento scelgono più spesso il padre, il gruppo normale tende a scegliere più spesso la madre. Questo potrebbe essere determinato

dal fatto che, più spesso, i bambini svolgono i compiti con la propria madre, creando quindi un rapporto più stressante con loro, rispetto a quello vissuto con il papà. Quello che emerge, inoltre, è che, da ciò che riportano i bambini, non vi sono differenze tra il livello di ansia e depressione riportato dal gruppo DSA e dai normali. Per quanto riguarda, infine, la relazione tra genitori e benessere del figlio, emerge che il benessere materno è maggiormente connesso con esso, mentre quello del padre lo è in misura minore e, anzi, sembra essere maggiormente collegato al campo dell'autostima.

In conclusione, gli studi evidenziano la grande rilevanza che la famiglia riveste per il benessere di un bambino con disturbo specifico dell'apprendimento. In particolare, esso risulta strettamente connesso con il benessere della madre, ma anche il benessere paterno gioca un ruolo fondamentale. Questo tipo di famiglie, potrebbe essere maggiormente a rischio a causa del maggior numero di necessità che incontrano nella vita di ogni giorno e, soprattutto, poiché il disturbo dell'apprendimento del proprio figlio, è spesso visto come un evento negativo per la famiglia stessa.

3.2 Differenze e influenze tra il benessere del bambino con disturbo specifico dell'apprendimento e dei suoi genitori

In una famiglia con almeno un figlio affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento, è importante individuare le correlazioni esistenti tra il benessere del bambino e quello dei suoi genitori. Studi recenti, che purtroppo, ancora a oggi, sono poco numerosi, hanno evidenziato

che esistono delle differenze tra il benessere di famiglie con un membro affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento e famiglie di bambini con sviluppo tipico. In particolare, sembrano esistere delle differenze tra i due gruppi, nelle correlazioni tra il benessere dei genitori e quello dei propri figli, nella percezione di benessere dei genitori stessi e nei fattori che sono rilevanti a determinarlo e, infine, nelle influenze che esercita il benessere genitoriale sul benessere del bambino.

In un loro studio, Rotsika, Coccossis, Vlassopoulos, Papaeleftheriou, Sakellariou, Anagnostopoulos, Kokkevi & Skevington (2011), hanno cercato di indagare le correlazioni tra il benessere percepito dai genitori e il benessere percepito da bambini con disturbo specifico dell'apprendimento o con sviluppo tipico.

I partecipanti allo studio erano 428 bambini (116 affetti da un disturbo specifico dell'apprendimento, 312 con sviluppo tipico) e i corrispettivi genitori, che potevano aver partecipato entrambi o solo uno di essi. Nel gruppo formato da bambini con disturbo specifico dell'apprendimento, il numero di padri che ha partecipato allo studio è risultato troppo basso per essere considerato ai fini dello studio, perciò sono stati presi in considerazione solo i dati risultanti dalla partecipazione materna. Ai soggetti è stato sottoposto il KINDL questionnaire.

Il primo risultato emerso dallo studio, ha trovato delle differenze tra il benessere percepito da bambini con disturbo specifico dell'apprendimento e quello di bambini con sviluppo tipico. I primi presentano, infatti, dei punteggi deficitari nel campo del benessere emotivo, dell'autostima e delle relazioni familiari e con i pari. La valutazione del funzionamento scolastico quotidiano, al contrario di ciò che ci si aspetterebbe, non mostra invece differenze

significative tra i due gruppi di soggetti. Dai dati sembra emergere, invece, che siano le madri dei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento, a reputare più compromesso, rispetto a quanto riportato dal bambino stesso, il funzionamento scolastico quotidiano del figlio. Questo sembrerebbe dimostrare che, anche se il bambino sembra essere meno abile nel rilevare deficit nel proprio benessere in relazione alle proprie difficoltà scolastiche, le madri sono invece più propense a prenderle in considerazione nella loro valutazione del benessere del figlio. Questa differenza, sarebbe dettata anche dalla tendenza del bambino ad assegnare punteggi più positivi al proprio funzionamento scolastico quotidiano, per proteggere sé stesso dallo stress derivante dal riconoscimento delle proprie difficoltà.

Lo studio si è anche concentrato sull'evidenziare le differenze tra il benessere percepito dai genitori e quello percepito dai loro figli. Quelle più importanti, nel gruppo composto da soggetti con disturbo specifico dell'apprendimento, sembrano emergere proprio dai campi del benessere compromessi dal disturbo. Inoltre, a influire in modo rilevante, concorrono anche i fattori socio-culturali della famiglia, che possono aumentare le differenze tra benessere genitoriale e del bambino in dimensioni specifiche. Un fattore molto importante, ad esempio, è il modo in cui genitori e figli percepiscono e affrontano il disturbo specifico dell'apprendimento. I genitori possono diventare più ansiosi ed enfatizzare maggiormente il problema del proprio figlio, mentre il bambino potrebbe voler passare oltre le proprie difficoltà. Altre differenze sono state riscontrate nella percezione del benessere fisico e psicologico del bambino. Le madri di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento, infatti, tendono a sovrastimare queste due dimensioni, ottenendo punteggi molto più alti rispetto a quelli riportati dal bambino stesso. Questo risultato, sembrerebbe dimostrare il tentativo delle madri di compensare la frustrazione percepita riguardo ai problemi scolastici

del proprio figlio, sovrastimando, invece, il suo benessere in campo di fisico e psicologico. Madri e bambini, in questo gruppo, sembrano invece riportare dei punteggi simili riguardo al benessere emotivo e sociale, che sono legati alla percezione di autostima e alle relazioni familiari. Questa concordanza, si potrebbe ipotizzare, deriverebbe dalle difficoltà emotive sia del bambino, sia dei genitori, che porterebbe, quindi, a una valutazione simile di questi campi del benessere.

Punteggi simili tra loro, nel gruppo di genitori e quello di bambini con sviluppo tipico, sono emersi in riferimento alla percezione del benessere emotivo, alle relazioni familiari e con i pari e nel funzionamento scolastico. Si notano invece, in questo caso, delle differenze nella percezione dell'autostima del bambino e nel benessere fisico, con punteggi più alti riportati dai genitori rispetto a quelli del proprio figlio. I genitori di bambini con sviluppo tipico tendono quindi a sovrastimare il benessere dei propri figli. Essi si basano, infatti, nella loro valutazione, su indicatori di salute generale, mentre i bambini tendono a considerare maggiormente le esperienze recenti e più concrete (come, ad esempio, il fatto di essere stati ammalati o di aver avuto esperienze scolastiche negative). Questo gruppo di genitori, tende quindi a sovrastimare il benessere del proprio figlio, al contrario di quelli con un figlio affetto da un disturbo specifico dell'apprendimento, che invece lo sottostimano.

Ginieri-Coccossis, Rotsika, Skevington, Papaevangelou, Malliori, Tomaras e Kokkevi (2011), hanno condotto uno studio simile a quello proposto in precedenza, trovando delle differenze tra la percezione di benessere di bambini con disturbi specifici dell'apprendimento e la valutazione che ne fanno i genitori. Come già detto, i bambini percepiscono una minor compromissione nel loro funzionamento scolastico quotidiano, rispetto ai loro genitori.

Inoltre, le madri di bambini con disturbi specifici dell'apprendimento, sembrano sperimentare un benessere fisico e sociale molto più basso delle madri di bambini con sviluppo tipico. Come ultima cosa, gli autori ipotizzano che il benessere dei genitori e quello dei propri figli, potrebbero influenzarsi a vicenda.

Quello che gli autori si propongono di indagare con il loro studio, sono le differenze tra il benessere percepito da bambini con disturbi dell'apprendimento e tra quelli di un gruppo di controllo proveniente dalla popolazione normale, e anche le differenze tra il benessere del bambino e la percezione che ne hanno i suoi genitori, nei due gruppi di soggetti. I partecipanti allo studio erano 70 bambini con un disturbo dell'apprendimento e 69 con disturbo tipico a formare il gruppo di controllo. Il gruppo genitoriale includeva 70 e 69 tra madri e padri. Ai soggetti è stato sottoposto il KINDL questionnaire. Anche da questo studio, è emerso che i bambini con un disturbo dell'apprendimento presentano livelli più bassi di autostima e di benessere emotivo e alti livelli d'insoddisfazione nelle relazioni familiari e con i pari. Non sono state invece rilevate differenze, rispetto al gruppo di controllo, per quanto riguarda il funzionamento scolastico quotidiano. Anche in questo studio, la spiegazione che è stata data, considera questi risultati come un indice della tendenza del bambino con un disturbo specifico dell'apprendimento, a sottostimare o ignorare le proprie difficoltà per proteggersi dai sentimenti di frustrazione derivanti da esse.

Esaminando il benessere dei genitori di bambini con un disturbo specifico dell'apprendimento e quello dei genitori del gruppo normale, è emerso che i primi sperimentano minor benessere sociale e ambientale rispetto ai secondi.

In relazione, invece, al benessere del bambino e a quello dei propri genitori, sono emerse delle correlazioni significative. La soddisfazione dei genitori nelle relazioni sociali, infatti, è

associata al grado di soddisfazione del bambino in campo di relazioni sociali, familiari e di funzionamento scolastico. L'insoddisfazione nel benessere psicologico e sociale dei genitori, è associato ad una percezione negativa del benessere emotivo del bambino, che può quindi influenzare in modo pessimistico il suo modo di valutare le relazioni e il suo funzionamento scolastico.

Nel gruppo di controllo, sono invece emerse poche correlazioni tra benessere del genitore e del bambino. Ad essere significative, sono le relazioni sociali dei genitori, che influenzano il benessere del bambino, in particolare l'autostima. Questo potrebbe far ipotizzare che solo fattori genitoriali specifici potrebbero influenzare il benessere del bambino, e non caratteristiche generali.

Gli studi proposti, evidenziano quindi come la valutazione del benessere del proprio figlio da parte dei genitori non coincida con la percezione che ne ha il bambino stesso. Queste differenze non sarebbero però uguali tra genitori di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento e genitori di bambini con sviluppo tipico. Fattori diversi, sembrano, infatti, influenzare queste due fasce della popolazione. In particolare, tra genitori e bambini con disturbo specifico dell'apprendimento, le differenze nella percezione del benessere riguardano, principalmente, il benessere emotivo, l'autostima, le relazioni sociali e familiari e il funzionamento scolastico quotidiano.

3.3 - Ruolo della madre nel benessere dei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento

Bambini e ragazzi che presentano un disturbo specifico dell'apprendimento, sono più a rischio, per quanto riguarda il benessere, rispetto a soggetti con uno sviluppo tipico. Alcuni studi in ambito familiare, hanno rilevato come la madre, in particolare, ricopra un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere del proprio figlio. Risulta quindi importante, dato questo presupposto, che le madri possiedano delle risorse su cui poter fare affidamento, in modo da assolvere alla funzione protettiva che gli compete. In particolare, gli studi si sono concentrati su tre campi che possono fornire delle risorse alle cure materne:

- Le strategie di coping
- Gli affetti (ansia e depressione)
- L'ansia di attaccamento o l'evitamento

In particolare, per quanto riguarda i disturbi specifici dell'apprendimento, le maggiori differenze, rispetto alla popolazione normale, sono state trovate nello stile di coping materno e nei suoi affetti, due campi che vengono maggiormente colpiti dal disturbo del proprio figlio.

Le strategie di coping sono delle strategie cognitive e comportamentali, utilizzate come mediatori dello stress, fattore che costituisce un rischio per il benessere se presente a livelli troppo elevati. Queste strategie possono essere di tipo attivo (problem solving, information seeking) oppure di tipo evitante (evitare direttamente il fattore che provoca stress). Il disturbo del proprio figlio, costituisce un fattore stressante per la madre e, di conseguenza, provoca delle difficoltà nell'utilizzo di strategie di coping efficaci e anche nella gestione degli affetti. Queste difficoltà, inoltre, hanno effetti anche sul funzionamento familiare globale. Le madri di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento, in particolare, sembrano utilizzare più strategie di coping evitanti, rispetto alla popolazione normale (Margalit, 1990).

Michal Al-Yagon (2007), ha tentato di indagare lo stile di coping materno, in modo da determinare se esso possa fungere da fattore protettivo per un bambino con disturbo specifico dell'apprendimento. Egli, effettivamente, ha rilevato che il basso uso di strategie di coping evitante da parte della madre, è associato con un minor senso di solitudine nel bambino e, quindi, di un maggior livello di benessere, mentre, al contrario, un elevato utilizzo di strategie di coping evitante sono associate ad un maggior senso di solitudine nel bambino. Di conseguenza, dato che le madri di bambini con disturbi dell'apprendimento sembrano mettere in atto principalmente strategie di coping evitanti, risulta che questo possa costituire un fattore di rischio e sottolinea l'importanza delle risorse materne nella promozione del benessere del bambino.

Per quanto riguarda, invece, il campo degli affetti, è stata trovata un'associazione tra gli affetti materni e il comportamento del bambino. Ad esempio, bambini con madri depresse hanno più problemi sociali e performance accademiche più povere, due fattori che potrebbero costituire un rischio per il benessere del bambino stesso. Questo è dovuto anche al fatto che gli affetti influenzano la qualità delle cure materne e l'interpretazione che la madre stessa fa del comportamento e dei bisogni del proprio figlio. Di conseguenza, gli affetti sono strettamente legati all'ultimo campo rilevante, quello che si riferisce all'attaccamento. Il caregiver (in questo caso, la madre), necessita di due competenze fondamentali per poter promuovere un attaccamento sicuro nel proprio figlio: l'abilità di aiutare a regolare il distress del bambino e quella di fornire cure sensibili. Vi è una stretta relazione tra l'attaccamento della madre e il suo modo di mettere in atto il caregiving. Crowell and Feldman (1988) hanno infatti dimostrato che madri con un attaccamento sicuro forniscono più supporto e

aiuto al proprio figlio e comunicano con lui in maniera più calorosa e affettuosa, rispetto alle madri con un attaccamento insicuro. I bambini con disturbo specifico dell'apprendimento nello studio di Michal Al-Yagon (2007), risultano sentirsi più insicuri nel tipo di attaccamento con la madre, rispetto ai loro pari con sviluppo tipico. Dal suo studio, emerge che un basso livello di evitamento nelle relazioni della madre, riduce anche l'insicurezza dell'attaccamento del bambino.

Le risorse materne risultano, quindi, particolarmente rilevanti nel promuovere il benessere del proprio figlio, e possono costituire un fattore di protezione per il bambino stesso. In particolare, poiché le madri di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento sembrano avere, o anche semplicemente impiegare, meno risorse, e queste risorse sono importanti per la promozione del benessere del proprio figlio, allora sarà anche importante che a queste madri venga fornito un supporto adeguato, che permetta loro di imparare ad utilizzare le proprie risorse nel modo più funzionale possibile per il benessere del bambino.

3.4 Conclusioni

L'interesse per i disturbi specifici dell'apprendimento è ancora un fenomeno recente e con pochi studi a sostegno delle diverse teorie esistenti a riguardo. In particolare, risultano relativamente pochi gli studi condotti per indagare il benessere di soggetti affetti da questo tipo di disturbi.

Da quelli che sono stati condotti finora, emerge che il benessere emotivo è il campo messo

maggiormente a rischio, poiché un disturbo specifico dell'apprendimento affligge molto la sfera emotiva di un individuo, a causa delle difficoltà osservabili che comporta. Essi sono stati associati, in particolare, all'ansia di tratto, ossia la compresenza di un disturbo specifico dell'apprendimento con una condizione generale di ansia. Anche l'autostima accademica, essendo la scuola l'ambiente dove si manifestano maggiormente le difficoltà derivanti da un disturbo dell'apprendimento, risulta compromessa, e i soggetti affetti dal disturbo riportano livelli molto più bassi rispetto alla popolazione normale. Essi sembrano avere anche un'attribuzione sia di successo, sia di fallimento, in termine di presenza o carenza di abilità, più interna.

I disturbi dell'apprendimento, inoltre, sembrano essere associati a livelli di depressione e di rischio di suicidio più alti rispetto alla popolazione normale.

D'importanza fondamentale per un individuo con disturbo dell'apprendimento, sembra essere la famiglia. Anche questa è messa a rischio nel caso in cui un suo membro sia affetto da un disturbo dell'apprendimento, soprattutto se si tratta di un bambino. Questo particolare tipo di famiglie, ha dei bisogni fondamentali che devono essere soddisfatti per far sì che tutti i suoi membri sperimentino uno stato di benessere. È importante, in particolare, che alla famiglia vengano forniti dei sostegni, che i genitori abbiano un ruolo attivo nell'educazione dei figli, che il rapporto con gli insegnanti sia positivo e che gli sforzi emotivi dei genitori vengano riconosciuti.

Dagli studi, emerge anche che il benessere dei bambini con disturbo dell'apprendimento e la valutazione che ne fanno i loro genitori, non sempre coincidono. I genitori tendono a considerare il funzionamento scolastico quotidiano compromesso, e ad assegnare punteggi di benessere fisico e psicologico più alti rispetto alla valutazione che ne fa il bambino stesso.

Questo fenomeno deriverebbe dalle difficoltà riscontrate dal figlio a scuola, che vengono compensate con una più alta considerazione degli altri campi di vita da parte dei genitori. Essi, inoltre, hanno maggiori livelli di monitoraggio, stress e preoccupazione per il futuro del proprio figlio.

Il benessere di figli e genitori, inoltre, sembra influenzarsi a vicenda. Il benessere emotivo del bambino sembra influenzato dalle relazioni sociali dei genitori, che gli fanno avere una visione positiva o negativa, a seconda della loro valenza, alle relazioni e al funzionamento scolastico del figlio.

Infine, sembra che le madri abbiano un ruolo fondamentale nel benessere del proprio figlio. In particolare, devono essere in grado di utilizzare al meglio le proprie risorse, soprattutto quelle relative allo stile di coping e attaccamento e agli affetti.

Dagli studi qui proposti e dalle ricerche bibliografiche che sono state condotte, risulta quindi che i soggetti affetti da un disturbo dell'apprendimento, devono essere considerati a rischio, ed è necessario che si sviluppi un maggiore interesse per le loro condizioni di vita e per la promozione del loro benessere.

Bibliografia

Allardt, E. (1981). *Experience from the Comparative Scandinavian Welfare Study with a Bibliography of the Project*. European Journal of Political Research, 9, pp. 101-111.

Al-Yagon M. (2007). *Socioemotional and Behavioral Adjustment Among School-Age Children With Learning Disabilities The Moderating Role of Maternal Personal Resources*. The Journal Of Special Education, vol. 40, pp. 205-217.

Arthur A. L. (2003). *The Emotional Life of People With Learning Disabilities*. British Journal of Learning Disabilities, vol. 31, pp. 25–30

Tobia V., Bonifacci P., Ottaviano C., Borsati T., Marzocchi G. M. (2014), *Reading under the skin: physiological activation during reading in children with dyslexia and typical readers*. *Annals of Dyslexia*. DOI 10.1007/s11881-015-0109-8

Bonifacci P., Tobia V., Storti M., Suardi A. (2015). *Specific Learning Disorders: A Look Inside Children's and Parents' Psychological Well-Being and Relationships*. Journal of Learning Disabilities. DOI: 10.1177/0022219414566681

Delle Fave, A. (2006). *La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva*. Franco Angeli, pp 10-14.

Diener, Ed (1984). *Subjective Well-being*. *Psychological Bulletin*, vol. 95, pp. 542-575.

Ginieri-Coccossis M., V. Rotsika, S. Skevington, S. Papaevangelou, M. Malliori, V. Tomaras and A. Kokkevi (2011). *Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports*. *Child: Care, Health and Development*, vol.38, pp. 581-591.

Hall, E. (2010). *Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 54, pp. 48–57.

Haigh A., Lee D., Shaw C., Hawthorne M., Chamberlain S., Newman D. W., Clarke Z. Beai N. (2012). *What Things Make People with a Learning Disability Happy and Satisfied with Their Lives: An Inclusive Research Project*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 26, pp. 26–33

Huntington D. D., Bender W. N. (1993). *Adolescent With Learning Disabilities at Risk? Emotional Well-Being, Depression, Suicide*. *Journal of Learning Disabilities*, vol.26, pp. 159-166.

Jung, C. G. (1932). *Opere. Il divenire della personalità*. Bollati – Boringhieri, vol. 17.

Keyes, C. L. M., (1998). *Social Well-being*. *Social Psychology Quarterly*, 61, pp. 121-140.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality. Motivazione e personalità*, Armando, Roma.

Mejers J., Sweeney T., Witmer J.M. (2000). *The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: a Holistic Model for Treatment Planning*. Journal of Counseling and Development, vol.78, pp. 251-266.

Pizzoli C., Lami L., Palmieri A., Solimando M. C. (2011). *Dislessia e fattori psicosociali: percorso accademico e benessere psicosociale in due campioni di dislessici giovani adulti*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, pp. 95-122.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). *Self-determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development and Well-being*. American Psychologist, vol. 55 n. 1, 68-78

Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology, 57, pp. 1069–1081.

Rotsika V., M. Coccossis, M. Vlassopoulos, E. Papaeleftheriou, K. Sakellariou, D. C. Anagnostopoulos, A. Kokkevi, S. Skevington (2011), *Does the subjective quality of life of children with specific learning disabilities (SpLD) agree with their parents' proxy reports?*. Quality of Life Research, Springer, vol. 20, pp. 1271-1278.

Sen, A. (1992). *Capability and Wellbeing*. The Philosophy of Economics, pp. 270-293.

van Schrojenstein Lantman-De Valk, H., Metsemakers, J., Haveman, M. & Crebolder, H. (2000). *Health problems in people with intellectual disability in general practice: A comparative study*. Family Practice, 17(5), pp. 405–407.

Scott, M.E., Scherman, A., Phillips, H. (1992). *Helping individuals with dyslexia succeed in adulthood: Emerging key for effective parenting, education, and development of positive self-image concept*. Journal of Instructional Psychology, 19, pp. 197-204.

Sheehy K., Nind M. (2005). *Emotional Well-Being for All: Mental Health and People with Profound and Multiple Learning Disabilities*. British Journal of Learning Disabilities, vol.33, pp. 34–38

Svetaz M. V., Blum M.D (2000). *Adolescents With Learning Disabilities: Risk and Protective Factors Associated With Emotional Well- Being: Findings From the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Journal of Adolescent Health, vol. 27, pp. 340-348.

Verri A., Cummins R. A., Petito F., Vallero E., Monteath S., Gerosa E. & Nappi G. (1999) *An Italian-Australian comparison of quality of life among people with intellectual disability living in the community*. Journal of Intellectual Disability Research 43, pp. 513–522.

Waggoner K., Wilgosh L (1990). *Concern of Families of Children With Learning Disabilities*. Journal of Learning Disabilities, vol.23.

*I miei ringraziamenti vanno, prima di tutto, alla
Mia famiglia, a Mattia e ai miei amici, che
Mi hanno permesso di poter raggiungere
Questo traguardo importante. Ringrazio inoltre il mio
relatore, Gian Marco Marzocchi, per essere stato
disponibile a seguirmi in questo percorso e per essere
stato sempre presente e collaborativo.*