

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Difficoltà psicologiche negli studenti universitari con dislessia

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1628176> since 2017-05-19T11:11:07Z

Published version:

DOI:10.1449/77638

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

This is the author's final version of the contribution published as:

Re A.M; Ghisi M; Guazzo E; Boz F; Mammarella I.C.. Difficoltà psicologiche negli studenti universitari con dislessia. PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO. 18 (2) pp: 279-289.
DOI: 10.1449/77638

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:

<http://hdl.handle.net/2318/1628176>

Difficoltà psicologiche negli studenti universitari con dislessia

Anna Maria Re (Università degli Studi di Padova)

Marta Ghisi (Università degli Studi di Padova)

Elena Guazzo (Università degli Studi di Padova)

Francesco Boz (Università degli Studi di Padova)

Irene C. Mammarella (Università degli Studi di Padova)

Esistono ancora pochi studi in letteratura sull'evoluzione del profilo di lettura in adolescenti e giovani adulti con dislessia evolutiva e sui risvolti psicologici e psicopatologici che la dislessia può avere nello sviluppo dell'individuo. Lo scopo della presente ricerca è stato quello di valutare la presenza di difficoltà psicologiche, quali ansia, depressione, bassa autostima, scarsa resilienza e altre problematiche, in studenti dislessici adulti (primo anno di università) che avevano ricevuto una diagnosi di dislessia durante la scuola primaria, confrontati con un gruppo di controllo. I risultati mostrano come siano presenti anche nei casi più lievi di dislessia delle conseguenze a livello psicologico: infatti, oltre alle difficoltà nella letto-scrittura tipiche del loro disturbo che perdurano nonostante l'età e la scolarizzazione, i ragazzi con dislessia presentano anche difficoltà psicologiche in termini di depressione, problemi di attenzione, manifestazioni psicofisiologiche e minori livelli di resilienza, che vanno ad intaccare il loro benessere e la loro qualità di vita.

1. Introduzione

Gli studi relativi all'evoluzione del profilo di lettura in adolescenti e giovani adulti con dislessia evolutiva ed i relativi risvolti psicologici e psicopatologici sono ancora pochi. Ad oggi i dati presenti suggeriscono che anche nell'adolescenza e nella prima età adulta si possono osservare dei miglioramenti nella consapevolezza fonologica, anche se le competenze di lettura permangono deficitarie rispetto ai normolettori (Snowling, 1995; Martino *et al.*, 2011).

Da una ricerca longitudinale (Michelsson, Byring e Bjorkgren, 1985), è emerso che, su un campione di 26 adulti con dislessia, solo uno aveva iniziato gli studi universitari, il 62% aveva completato la scolarità obbligatoria ed il resto del gruppo aveva abbandonato la scuola, iniziando delle attività lavorative. Inoltre i partecipanti alla ricerca avevano dichiarato che il disturbo aveva influito sulle scelte accademiche. Tali risultati sottolineano, quanto la dislessia possa influenzare gli aspetti di autostima e motivazione di un individuo.

In maniera simile in una ricerca italiana (Pizzoli, Lami, Palmieri e Solimando, 2011) sono stati confrontati due gruppi di giovani adulti con dislessia, distinguendoli sulla base del momento in cui avevano ricevuto la diagnosi: diagnosi pre-

coce (DP) se avevano ricevuto la diagnosi durante la scuola primaria e diagnosi tardiva (DT) se l'avevano ricevuta in età adulta. I risultati hanno mostrato che i ragazzi con DP avevano scelto prevalentemente scuole di secondo grado di tipo tecnico o professionale, mentre i ragazzi del gruppo DT prevalentemente licei, ottenendo tuttavia maggiori bocciature o non riuscendo a completare il percorso di studi. Inoltre il disturbo è risultato avere un impatto emotivo differente nei due gruppi: tutti i partecipanti del gruppo DT presentavano sentimenti negativi, come senso di inadeguatezza o timidezza, mentre il 48% del gruppo DP dichiarava di non aver avuto problemi o di aver trovato in familiari e/o amici un sostegno adeguato che aveva consentito loro di affrontare le difficoltà. Gli autori concludono sottolineando come una diagnosi precoce abbia svolto un ruolo protettivo per i ragazzi adulti con dislessia, in termini di una maggiore sicurezza che si è tradotta in una maggiore libertà di scelta a livello di vita sia personale sia sociale.

In un'ulteriore ricerca Hatcher, Snowling e Griffiths (2002) hanno confrontato le abilità di lettura e scrittura di studenti universitari adulti con dislessia e di studenti di controllo per verificare il potenziale impatto del disturbo sulla carriera accademica. I risultati hanno dimostrato che, nonostante gli studenti adulti con dislessia non differissero dai controlli nel profilo intellettivo, essi ottenevano delle prestazioni inferiori in compiti di lettura e scrittura.

Questi risultati sono stati confermati anche da due studi italiani. Il primo è uno studio longitudinale di Lami e coll. (2009) in cui gli autori hanno valutato diversi aspetti neuropsicologici in un gruppo di giovani adulti con dislessia, distinguendoli sulla base di un pregresso disturbo di linguaggio. I risultati hanno evidenziato che gli adulti con dislessia con pregresso ritardo di linguaggio riportavano una prestazione peggiore in memoria verbale e abilità di scrittura.

Il secondo studio più recente (Re, Tressoldi, Cornoldi e Lucangeli, 2011) ha messo a confronto le prestazioni in prove di apprendimento di studenti universitari adulti con dislessia e di controllo. I risultati hanno rivelato che gli studenti adulti con dislessia riportavano prestazioni molto inferiori rispetto ai pari, con un progressivo peggioramento dalla lettura di brano, alla lettura di parole e di non parole. Inoltre, compiti di lettura e scrittura in cui era richiesto di articolare simultaneamente una sillaba (compiti in soppressione articolatoria) enfatizzavano ancora di più la differenza tra i due gruppi. Nonostante queste difficoltà, la loro prestazione in compiti di comprensione del testo era del tutto adeguata e perfettamente sovrapponibile a quella del gruppo di controllo.

Si può desumere quindi che, anche se negli adulti con dislessia apparentemente le difficoltà di lettura e scrittura sembrano parzialmente compensate, ad una indagine più approfondita emergono delle difficoltà residue, anche nelle forme più lievi del disturbo. Inoltre, con il concludersi e il perdurare delle difficoltà di lettura, i ragazzi con dislessia possono sperimentare una vasta gamma di emozioni negative, che talvolta raggiungono il livello di vere e proprie condizioni psicopatologiche (Schonhaut e Satz, 1983; Gregg, Hoy, King, Moreland e Jagota, 1992; Riddick, 1996; Achenbach e Rescorla, 2001; Re, Lucangeli, Arslan e Cornoldi, 2010). La gamma di problemi psicologici che possono presentare è molto varia e si manifesta già a partire dalla scuola primaria, per poi modificarsi nel tempo. Poiché il disturbo persiste per tutta la vita continuando ad essere fonte di stress, le ricadute sul benessere psicologico si possono riscontrare a qualsiasi età, in forme assai diverse dal punto di vista quantitativo e qualitativo (Cornoldi, 2007; Dahle, Knivsberg e Andreassen, 2011).

In letteratura (Spreen, 1998; Willcutt e Pennington, 2000) viene riportata una comorbidità fra la dislessia ed i disturbi psicopatologici appartenenti all'Asse I del DSM-IV nel 50% dei casi. I disturbi psicologici sono più seri quando la dislessia è di entità grave e quando si associa ad altri problemi come la discalculia, la disortografia, o la presenza di un disturbo di attenzione con iperattività. Gli studenti adulti con dislessia, infatti, possono manifestare sintomi ansiosi o depressivi, bassa autostima, svalutazione di sé, pensieri suicidari e forte insicurezza (Larkin e Ellis 2004; Dahle et al., 2011; Garcia e De Caso, 2004; Gregg et al., 1992). Negli adolescenti il mancato adattamento alle proprie difficoltà e il tentativo di sfuggire alle frustrazioni può manifestarsi con atteggiamenti comportamentali complessi, quali, ad esempio, la negazione (Rourke, Young e Leenaars, 1989). Va sottolineato, inoltre, che nel periodo della scuola superiore se il ragazzo non ha individuato strategie di compensazione e sufficienti supporti, si può presentare il problema dell'abbandono scolastico (Maag e Reid, 2006).

Riassumendo si può asserire che il quadro della dislessia tende a perdurare anche in età adulta e può influenzare il benessere psicologico ed emotivo dell'individuo. Gli studi si sono concentrati soprattutto sui primi anni di scolarizzazione (scuola primaria e secondaria di primo grado) sia in Italia che all'estero, mostrando, tuttavia, dati poco confortanti. Risulta quindi di grande interesse valutare le «conseguenze» della dislessia sullo sviluppo emotivo di giovani adulti. A questo scopo, nella presente ricerca, è stata valutata la presenza di difficoltà psicologiche in studenti dislessici adulti (primo anno di università) che avevano ricevuto una diagnosi di dislessia durante la scuola primaria.

2. Il campione

Alla ricerca hanno preso parte tredici ragazzi con precedente diagnosi di dislessia, di cui otto maschi (64.3%) e cinque femmine (35.7%). Gli studenti hanno un'età media di 20.79 anni ($DS = 1.31$), provengono da un ambiente socio-culturale medio e sono di madrelingua italiana. Tutti i componenti del campione sono celibi/ nubili, possiedono il diploma di scuola superiore e al momento della ricerca frequentavano il primo anno dell'Università. I pazienti valutati nel presente studio sono ragazzi con diagnosi pregressa di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, iscritti all'Università di Padova, che si sono rivolti al Servizio Disabilità e al Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento per poter essere sostenuti e seguiti nel loro percorso di studi. Tutti i ragazzi hanno ricevuto la diagnosi di DSA durante la scuola primaria e tutti hanno presentato, al momento della valutazione, una certificazione diagnostica recente (in media non più vecchia di due anni). Dalla valutazione effettuata nella presente ricerca è emerso che il gruppo di dislessici ha una velocità media di lettura di brano di 4.26 sill/sec. ($DS = 1.29$), corrispondente ad una media in punti z di -2.3 ($DS = 1.99$); una velocità media di lettura di parole di 3.4 sill/sec ($DS = 1.27$), corrispondente ad una media in punti z di -1.98 ($DS = 1.41$); e una velocità media di lettura di non parole di 2.09 sill/sec., corrispondente ad una media in punti z di -1.65 ($DS = 1.52$). Per quanto riguarda l'accuratezza, la maggior parte dei ragazzi ha una prestazione pari o inferiore al quinto percentile su tutte e tre le prove (i.e. brano 69.2%, parole 53.8%, non parole 61.5%). Le capacità cognitive generali sono state stimate attraverso la somministrazione di quattro

sub-test della WAIS-R (Informazione, Vocabolario, Disegno con cubi e Ricostruzione di Oggetti) e tutti i ragazzi hanno mostrato una prestazione nella media (Informazioni punteggio ponderato $M = 9.92$, $DS = 2.43$; Vocabolario punteggio ponderato $M = 10$, $DS = 2.25$; Disegno con cubi punteggio ponderato $M = 9.58$, $DS = 3.12$; Ricostruzione di Oggetti punteggio ponderato $M = 9.75$, $DS = 3.74$). Dei 13 studenti con dislessia 2 non presentano alcuna comorbidità, 10 presentano comorbidità con disortografia e 1 con disgrafia.

Per confrontare i risultati ottenuti nei test e nei questionari dai pazienti dislessici è stato reclutato e valutato anche un campione di normolettori, appaiati per età, scolarità e genere. Poiché le valutazioni si sono svolte tra settembre e dicembre, al momento della valutazione nessuno degli studenti dei due gruppi aveva sostenuto alcun esame universitario; pertanto gli studenti si possono ritenere appaiati per numero di esami sostenuti. Il gruppo di controllo è risultato composto da tredici studenti universitari, di cui otto maschi (64.3%) e cinque femmine (35.7%). I partecipanti del gruppo di controllo hanno un'età media di 20.93 anni ($DS = 1.63$), provengono da un ambiente socio-culturale medio e sono di madrelingua italiana. Tutti i componenti del campione di controllo sono in possesso del diploma di scuola superiore e stanno attualmente frequentando il primo anno dell'Università; sono tutti celibi/nubili.

3. Procedura

Tutti i partecipanti hanno compilato una batteria di questionari psicologici self-report alla presenza dello sperimentatore. Prima della compilazione, i partecipanti sono stati informati riguardo alla riservatezza dei dati e la partecipazione volontaria alla ricerca e hanno firmato il consenso informato. La compilazione dei questionari ha richiesto un tempo di circa 60 minuti.

4. Materiali

Cognitive Behavioural Assessment – Young

Il CBA – Y (Cognitive Behavioural Assessment –Young versione ridotta, Bertolotti et al., 2013) consente di ricavare un profilo psicologico sia delle risorse psicologiche in positivo, sia una segnalazione di aree problematiche meritevoli di attenzione e maggiore esplorazione. Tale inventario è stato ideato per le fasce d'età comprese tra i 14 e i 25 anni. Il CBA-Y versione ridotta è composto da 200 *item* (invece di 500 *item* della forma completa), che sono stati selezionati in modo da conservare dieci delle undici scale della forma completa, che pertanto mantengono la stessa affidabilità e lo stesso valore informativo. Visto il minor numero di *item* il CBA-Y forma ridotta risulta più snello e più adatto ad essere utilizzato in contesti di ricerca. Nel dettaglio, il CBA-Y forma ridotta prevede un'unica versione per entrambi i generi, le istruzioni fanno riferimento in modo generale alla storia personale, alle abitudini, esperienze, emozioni e punti di vista. Una delle caratteristiche peculiari del CBA-Y è la modalità di risposta in formato check-list: chi compila il questionario deve barrare solo le caselle corrispondenti agli *item* da cui si sente rappresentato pienamente. Per rispondere al questionario servono in media 15/20 minuti.

Le aree indagate sono le seguenti:

- *Indice di autoapertura*: ognuno degli item di questa scala descrive comportamenti estremamente comuni, ma deplorabili sul piano etico o sociale. È dunque una scala «*lie*», di controllo che valuta la tendenza alla simulazione.

- *Uso di droghe ed esperienze inusuali*: gli item descrivono esperienze molto poco frequenti, alcune indicative di sofferenza e disagio psicologico, altre di atteggiamenti e comportamenti forieri di rischi.

- *Rischio psicopatologico*: comprende item che ammettono la presenza di problemi psicologici, disforia, ideazione suicidaria, ideazione persecutoria ed esperienze dissociative.

- *Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti*: è composta da item che descrivono amore per l'azzardo e il proibito, la tendenza alla ricerca di forti sensazioni e stati d'euforia, l'uso strumentale di alcol e sostanze.

- *Benessere*: è costituita da item che descrivono benessere psicologico e fisico, serenità e senso di sicurezza. È una scala di benessere e, pertanto, un punteggio elevato indica un grado elevato di benessere.

- *Adattamento psicosociale*: comprende item che descrivono un clima familiare sereno, buone relazioni con i pari, un buon rapporto con la sessualità. Anche in questo caso un punteggio elevato indica un buon adattamento psicologico e sociale.

- *Ansia e instabilità emotiva*: è costituita da item che descrivono svariate forme di attivazione emozionale. Un punteggio elevato fa temere la presenza di disturbi emozionali sul versante dell'ansia o dell'umore, oppure il rischio che possano svilupparsi facilmente nel futuro, a fronte di eventuali difficoltà di vita.

- *Caratteristiche e comportamenti antisociali*: comprende item attinenti a insoddisfazione per le regole e l'autorità, scarsa empatia e prosocialità, prepotenza e condotte aggressive.

- *Irritabilità, aggressività e ostilità*: è composta da item che descrivono caratteristiche di facile irritabilità, suscettibilità alla collera e scarso controllo su comportamenti aggressivi.

- *Manifestazioni psicofisiologiche*: è costituita da item che descrivono comuni manifestazioni di attivazione psicofisiologica e disturbi psicofisiologici. Un punteggio elevato deve indurre a considerare, da una parte, l'eventualità di un'insufficiente capacità di elaborazione dello stress e delle emozioni conflittuali, dall'altra caratteristiche di iper-reattività psicosomatica.

Child Behavior CheckList CBCL – YSR

I questionari Child Behavior CheckList (CBCL) fanno parte del «Sistema di valutazione su base empirica» ASEBA® (Achenbach System of Empirically Based Assessment) di Achenbach (1991), elaborati nell'ambito di un paradigma valutativo interessato a ottenere informazioni sull'adattamento, sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi del bambino e dell'adolescente, individuabili in situazioni diverse e derivate da fonti multiple.

La forma di risposta è a scelta multipla su una scala di tre valori (0 = non vero; 1 = qualche volta vero; 2 = molto vero). Consentono di indagare un ampio spettro di caratteristiche dell'età evolutiva, sia in riferimento alle competenze e al coinvolgimento nelle attività, sia in relazione alla presenza di problematiche emotive e comportamentali. Nel presente studio è stata utilizzata la versione CBCL YSR, adatta per la fascia di età compresa tra gli 11 e i 18 anni e, di conseguenza,

la più indicata per l'età dei partecipanti alla ricerca. Lo strumento CBCL YSR è costituito da 112 item, raggruppati in otto scale sindromiche (approccio dimensionale):

- *Ansia e depressione*: valuta la presenza di sintomi di tipo depressivo come, ad esempio, tristezza, nervosismo, solitudine, bassa autostima e sensazione di non essere amati.

- *Ritiro e depressione*: valuta la chiusura sociale, la tendenza a isolarsi, la timidezza e la riservatezza.

- *Lamentele somatiche*: valuta la tendenza a esprimere ansia e preoccupazione attraverso disturbi fisici come, ad esempio, nausea, mal di stomaco, mal di testa, ecc.

- *Problemi sociali*: valuta la presenza di difficoltà nelle relazioni con i coetanei, come, ad esempio, l'essere presi in giro e il non andare d'accordo con i pari.

- *Problemi di pensiero*: valuta la presenza di pensieri e percezioni che non trovano riscontro nella realtà.

- *Problemi di attenzione*: valuta la presenza di difficoltà a mantenere la concentrazione e la tendenza a comportamenti iperattivi, quali impulsività, nervosismo e irrequietezza motoria.

- *Comportamento di trasgressione delle regole*: valuta la tendenza ad assumere comportamenti di tipo delinquenziale, quali rubare, mentire, appiccare fuochi e far uso di alcool o droghe.

- *Comportamenti aggressivi*: valuta la presenza di comportamenti aggressivi, provocatori e distruttivi nei confronti di persone o cose.

È possibile inoltre valutare il comportamento attraverso altre tre scale di carattere generale:

- *Internalizzazione*: comprende le scale ansia/ depressione; ritiro/ depressione e lamentele somatiche

- *Esternalizzazione*: comprende comportamenti di trasgressione alle regole e comportamenti aggressivi.

- *Scala Totale dei Problemi*: comprende tutti gli item che compongono le diverse scale.

Rosenberg Self-Esteem Scale

La scala d'autostima di Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965; versione italiana a cura di Prezza, Trombaccia e Armento, 1997) è una delle misure d'autostima più diffuse. Essa si propone come un breve questionario di misura unidimensionale di autostima globale, che comprende componenti cognitivo-valutative e affettive. Questa scala consiste di dieci affermazioni relative a sentimenti globali di valore di sé o accettazione di sé.

Connor- Davidson Resilience Scale

La Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor e Davison, 2003) è stata creata con l'obiettivo di sviluppare una scala valida e affidabile per misurare la resilienza, una misura della capacità di gestire lo stress. La CD-RISC è composta da 25 item.

Beck Depression Inventory – II

Il Beck Depression Inventory – II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996; Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica, 2006) è un questionario self-report per la valu-

TAB. 1. *Statistiche descrittive (Media e deviazione standard – DS) e differenze tra studenti universitari con Dislessia e Controlli ai questionari self-report*

		Media	DS	t (gdl = 24)	p
CBA-Y breve	Dislessici	1.61	1.32	0.91	.370
Autoapertura	Controlli	2.07	1.25		
CBA-Y breve	Dislessici	0.69	0.63	1.91	.060
Esperienze Inusuali	Controlli	0.23	0.60		
CBA-Y breve	Dislessici	3.00	3.19	0.91	.370
Rischio Psicopatologico	Controlli	1.92	2.87		
CBA-Y breve	Dislessici	2.69	2.32	0.72	.480
Sensazioni Forti	Controlli	2.08	2.02		
CBA-Y breve	Dislessici	6.46	4.50	0.40	.690
Benessere	Controlli	7.08	3.22		
CBA-Y breve	Dislessici	13.84	4.26	0.10	.920
Adattamento Psicosociale	Controlli	14.00	3.37		
CBA-Y breve	Dislessici	6.08	3.20	1.71	.100
Instabilità Emotiva	Controlli	3.61	4.07		
CBA-Y breve	Dislessici	6.69	4.46	1.10	.280
Antisociale	Controlli	5.00	3.32		
CBA-Y breve	Dislessici	4.54	3.15	1.84	.080
Aggressività	Controlli	2.54	2.33		
CBA-Y breve	Dislessici	1.38	1.80	2.08	.048
Psicofisiologico	Controlli	0.31	0.48		
BDI-II	Dislessici	9.85	5.47	3.57	.002
	Controlli	3.85	2.61		
CD-RISC	Dislessici	59.85	9.85	2.17	.040
	Controlli	67.38	7.68		
RSES	Dislessici	24.77	2.00	0.90	.370
	Controlli	25.46	1.90		
CBCL-YSR	Dislessici	7.92	5.15	0.39	.700
Ansia	Controlli	7.15	4.86		
CBCL-YSR	Dislessici	4.08	2.75	0.79	.440
Ritiro	Controlli	3.31	2.17		
CBCL-YSR	Dislessici	2.46	2.87	1.14	.270
Lamento Somatico	Controlli	1.38	1.85		
CBCL-YSR	Dislessici	3.46	1.94	1.68	.110
Problemi Sociali	Controlli	2.15	2.03		
CBCL-YSR	Dislessici	2.15	1.52	0.75	.460
Problemi di Pensiero	Controlli	1.69	1.60		
CBCL-YSR	Dislessici	7.38	2.22	3.90	.001
Problemi di Attenzione	Controlli	4.38	1.66		
CBCL-YSR	Dislessici	1.85	1.57	1.35	.190
Trasgressione delle Regole	Controlli	2.85	2.15		
CBCL-YSR	Dislessici	8.38	3.01	1.10	.280
Comportamenti Aggressivi	Controlli	7.00	3.36		

tazione dei sintomi e degli atteggiamenti caratteristici della depressione; misura la presenza e la gravità di manifestazioni affettive, cognitive, motivazionali, psi-

comotorie e vegetative della depressione durante le due settimane precedenti la somministrazione del questionario.

5. Risultati

Dal confronto dei due gruppi (dislessici e controlli) sono emerse differenze statisticamente significative nella scala «Manifestazioni psicofisiologiche» del CBA-Y ridotto [$t(24) = 2.08, p = .048$], nei punteggi del BDHI [$t(24) = 3.57, p = .002$], nella CD-RISC [$t(24) = 2.17, p = .04$] e nella scala «Problemi di attenzione» della CBCL [$t(24) = 3.9, p = .001$]. Questo risultato indica che i pazienti adulti con dislessia mostrano più sintomi depressivi e psicofisiologici e maggiori difficoltà di attenzione e minori livelli di resilienza rispetto al gruppo di controllo. Pur non risultando statisticamente differenti tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo, i punteggi della scala «Episodi inusuali» [$t(24) = 1.91, p = .068$] risultano tendenti alla significatività (tab. 1).

6. Discussioni e conclusioni

La presente ricerca si è posta come obiettivo principale quello di verificare se, a lungo termine, i pazienti adulti con dislessia mostrino difficoltà psicologiche maggiori rispetto al gruppo di controllo.

I risultati hanno evidenziato che i giovani adulti con dislessia presentano più sintomi depressivi rispetto al gruppo di controllo. Tali sintomi depressivi si possono manifestare come perdita di interessi, mancanza di energia, umore depresso, difficoltà di concentrazione, pessimismo, tristezza, autocritica e alterazioni del sonno o dell'appetito. I risultati ottenuti trovano riscontro nei dati presenti in altre ricerche internazionali (Dahle *et al.*, 2011; Goldston *et al.*, 2007; Wilson, Deri Armstrong, Furrie e Walcot, 2009), secondo le quali i pazienti adulti con dislessia, anche alle soglie dell'età adulta, manifestano problemi psicologici, soprattutto di carattere depressivo e ansioso.

Un altro dato significativo che si evince dalla presente ricerca è la presenza riferita di problemi di attenzione maggiori nel gruppo di adulti con dislessia rispetto al gruppo di controllo. Tali problemi di attenzione comprendono difficoltà a concentrarsi, a mantenere l'attenzione, incapacità di rimanere seduti a lungo, confusione mentale e frequenti sogni a occhi aperti. Anche tale risultato conferma quanto presente in letteratura, ovvero che i pazienti adulti con dislessia possono manifestare problemi di attenzione, anche qualora non sia presente comorbidità con il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (Arnold *et al.*, 2005; Carroll, Maughan, Goodman e Meltzer, 2005; Dykman e Ackerman, 1991; Heiervang, Stevenson, Lund e Hugdahl, 2001; Pennington, 1991; 1999; Willcutt, Betjemann, Wadsworth *et al.*, 2007; Willcutt e Pennington, 2000; Willcutt, Pennington e DeFries, 2000).

Inoltre i giovani adulti con dislessia lamentano maggiori manifestazioni psicofisiologiche rispetto al gruppo di controllo. Tali sintomi psicofisiologici possono comprendere tic nervosi, bruciori, acidità di stomaco o dolori alla pancia, emicranie e cefalee, malattie frequenti, forti dolori, nausea e giramenti di testa. In letteratura sono presenti ricerche che confermano la presenza di numerosi sintomi psicofisiologici negli studenti adulti con dislessia, in particolar modo in quelli che

presentano elevati livelli di ansia e di depressione (Willcutt e Pennington, 2000; Arnold et al., 2005; Dahle et al., 2011).

Nelle altre sottoscale, non è stata raggiunta la significatività statistica, anche se in alcuni casi, come ad esempio per la sottoscala del CBA «Episodi inusuali», i partecipanti con dislessia hanno ottenuto punteggi più alti. Questo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che il nostro campione di studenti con dislessia è costituito da quei ragazzi che hanno ottenuto i migliori risultati accademici, nonostante il loro disturbo, quindi rappresentano gli studenti più brillanti e più motivati nei confronti dello studio. Inoltre va tenuto presente che la valutazione è stata effettuata all'inizio del percorso accademico, quando gli studenti non avevano ancora sostenuto alcun esame, esperito alcun fallimento e quindi erano molto motivati e positivamente disposti nei confronti del percorso appena intrapreso. Questo stato d'animo positivo può aver influenzato il modo in cui i partecipanti hanno risposto ai questionari. La scelta di un campione di studenti dislessici universitari può quindi costituire un limite della ricerca, poichè è costituito dalla «fascia alta» della popolazione degli studenti dislessici e non essere del tutto rappresentativo della più ampia e varia popolazione di studenti con dislessia.

Un ulteriore limite della ricerca è rappresentato dalla ridotta numerosità del campione clinico che impone cautela nel generalizzare i risultati ottenuti. Inoltre, sebbene si sia cercato di individuare degli studenti del gruppo di controllo che fossero il più possibile equiparabili al gruppo di adulti con dislessia, non è stato possibile effettuare una valutazione degli apprendimenti. Tuttavia, nonostante i limiti descritti, la presente ricerca mostra come, anche nei casi con un esito positivo di dislessia, le conseguenze a livello psicologico siano presenti: infatti, oltre alle difficoltà nella lettura-scrittura tipiche del disturbo che perdurano nonostante l'età e la scolarizzazione, i ragazzi con dislessia presentano anche difficoltà psicologiche, in termini di depressione, problemi di attenzione, manifestazioni psicofisiologiche e minori livelli di resilienza, che possono intaccare il loro benessere e la loro qualità di vita.

Pertanto, alla luce dei risultati emersi, risulterebbe utile l'implementazione di servizi universitari finalizzati oltre che al miglioramento delle abilità di decodifica della lettura, anche alla prevenzione e/o gestione delle difficoltà psicologiche riscontrabili negli studenti universitari con dislessia. Nello specifico, sarebbe auspicabile l'attuazione di interventi cognitivi e motivazionali focalizzati sulla modificazione dei pensieri disfunzionali.

7. Riferimenti bibliografici

- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profiles*. Burlington, VT, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bertolotti, G., Bettinardi, O., Boz, F., Filippini, L., Ghisi, M., Michielin, P., Novara, C., Sanavio, E., Vidotto, G., Zotti, A.M. (2013). *CBA-Y. Test per la valutazione del benessere psicologico in adolescenti e giovani adulti*. Trento: Edizioni Erickson.
- Carroll, J.M., Maughan, B., Goodman, R., Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 46, pp. 524-532.

- Connor, K.M., Davison, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cornoldi, C. (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Dahle, A.E., Knivsberg, A., Andreassen, A.B. (2011). Coexisting problem behaviour in severe dyslexia. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11 (3) 162-170.
- Dykman, R.A., Ackerman, P.T. (1991). Attention deficit disorder and specific reading disability: Separate but often overlapping disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 96-103.
- Garcia, J.N., De Caso, A.M. (2004). Effects of a motivational intervention for improving the writing of children with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 27, 141-159.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory – Second Edition. Adattamento italiano: Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Goldston, D.B., Walsh, A., Mayfield, A.E., Reboussin, B., Sergeant, D.S., Erkanli, A., Nutter, D., Hickman, E., Palmes, G., Snider, E., Wood, F.B. (2007). Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid- to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 25-32.
- Gregg, N., Hoy, C., King, M., Moreland, C., Jagota, M. (1992). The MMPI-2 profile of adults with learning disabilities in university and rehabilitation settings. *Journal of Learning Disabilities*, 25 (6), 386-395.
- Hatcher, J., Snowling, M.J., Griffiths, Y.M. (2002). Cognitive assessment of dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 119-133.
- Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A., Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 251-256.
- Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C., Pizzoli, C. (2009). Profilo cognitivo e delle abilità di lettura in un gruppo di dislessici evolutivi con e senza ritardo di linguaggio diventati giovani adulti. *Dislessia*, 6 (1), 77-92.
- Larkin, M.J., Ellis, E.S. (2004). *Strategic academic interventions for adolescents with learning disabilities* (pp. 375-414), in B.Y.L. Wong, *Learning about Learning Disabilities*. San Diego, CA: Elsevier.
- Maag, J.W., Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3-10.
- Martino, M., Pappalardo, F., Re, A.M., Tressoldi, P.E., Lucangeli, D., Cornoldi, C. (2011). La valutazione della dislessia nell'adulto. *Dislessia*, 5, 119-134.
- Michelsson, K., Byring, R., Bjorkgren, P. (1985). Ten-year follow-up of adolescent dyslexics. *Journal Adolescence Health Care*, 6, 31-34.
- Pennington, B.F. (1991). *Diagnosing Learning Disabilities*. New York, Guildford Press.
- Pennington, B.F. (1999). Toward an integrated understanding of dyslexia: Genetic, neurological and cognitive mechanisms. *Development and Psychopathology*, 11, 629-654.
- Pizzoli, C., Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C. (2011). Dislessia e fattori psicosociali: percorso accademico e benessere psicosociale in due campioni di dislessici divenuti giovani adulti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 15 (1), 95-122.
- Prezza, M., Trombaccia, F.R., Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di psicologia applicata*, 223, 35-44.
- Re, A.M., Lucangeli, D., Arslan, E., Cornoldi, C. (2010). La dislessia negli studenti dislessici universitari. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 14 (2), 505-509.
- Re, A.M., Tressoldi, P., Cornoldi, C., Lucangeli, D. (2011). Which tasks best discriminate between dyslexic adults and controls in a transparent language? *Dyslexia*, 17 (3), 227-241.
- Riddick, B. (1996). *Living with dyslexia. The social and emotional consequences of special learning difficulties*. London, Routledge.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rourke, B.P., Young, G.C., Leenaars, A.A. (1989). A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 169-175.

- Schonaut, S., Satz, P. (1984). Prognosis for children with learning disabilities; A review of follow-up studies. *Rutter Medical Editions of Developmental Neuropsychiatry*. The Guilford Press, New York
- Snowling, M.J. (1995). Phonological processes and developmental dyslexia. *Journal of research in Reading*, 18, 132-138.
- Spreen, O. (1998). Prognosis of learning disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 836-842.
- Wechsler, D. (1974). *WAIS-R, Scala di Intelligenza Wechsler per adulti*. Firenze, Organizzazioni Speciali.
- Willcutt, S., Pennington, B.F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disabilities. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 1039-1046.
- Willcutt, E.G., Betjemann, R.S., Wadsworth, S.J., Samuelsson, S., Corley, R., De Fries, J.C., Byrne, B., Pennington, B.F., Olson, R.K. (2007). Preschool twin study of the relation between attention-deficit/hyperactivity disorder and prereading skills. *Reading and Writing*, 20, 103-125.
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F., DeFries, J.C. (2000). Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 149-159.
- Wilson, A.M., Deri Armstrong, C., Furrie, A., Walcot, E. (2009). The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42 (1), 24-40.