

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

**L'IMPATTO DEI DISTURBI SPECIFICI
DELL'APPRENDIMENTO SULL'AUTOSTIMA DEGLI STUDENTI**

DOCENTE RELATORE:

Prof. STEFANO CACCIAMANI

STUDENTE:

NARJIS TOUAJ

MATRICOLA 18 D03 082

*A mia mamma,
che ci ha creduto prima ancora che ci credessi io*

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1	6
Disturbi Specifici dell'Apprendimento.....	6
1.1 Definizione, cause e caratteristiche	6
1.2 Dislessia	10
1.3 Disortografia e Disgrafia	11
1.4 Discalculia	12
Capitolo 2	14
2.1 Definizione.....	14
2.2 Distorsioni cognitive, attribuzioni causali	17
2.3 Strategie per incrementare autostima.....	20
Capitolo 3	23
Relazione tra i DSA e l'autostima.....	23
3.1 Le conseguenze emotive e relazionali delle difficoltà scolastiche negli alunni con DSA	23
3.2 Il ruolo degli insegnanti e dei genitori	25
3.2.1 Sostegno scuola - famiglia	28
3.3 DSA e vita adulta	29
Conclusioni.....	33
Riferimenti bibliografici	35
Ringraziamenti.....	37

Introduzione

Alla base di questo studio vi è l'analisi dei disturbi specifici dell'apprendimento e le sue ripercussioni sull'autostima. In particolare, si pone l'accento sull'impatto del disturbo sulle conseguenze emotive e relazionali e sulle difficoltà scolastiche che l'alunno può incontrare nel suo percorso di crescita.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema sono la frequenza con la quale, in tempi recenti, sono stata a contatto sia con ragazzi che esprimevano le loro sofferenze personali e scolastiche, sia con docenti che dichiaravano di non sentirsi abbastanza formati da poter aiutare gli alunni in difficoltà, sia con i genitori che si accusavano, ingiustamente, di aver posto poca attenzione al disagio reale dei figli.

L'obiettivo di questa tesi è affrontare la seguente domanda di ricerca: "Quali effetti possono avere le difficoltà legate ai disturbi specifici dell'apprendimento sull'autostima degli studenti?". L'elaborato cerca di illustrare e coinvolgere un pubblico titubante riguardo la reale esistenza dei disturbi specifici dell'apprendimento, in quanto spesso interpretati a livello di senso comune come scuse dei figli svogliati per studiare meno o invenzioni dei clinici.

La tesi è strutturata in tre capitoli. Nel primo viene data una definizione dei diversi disturbi specifici dell'apprendimento. Nel secondo capitolo ci si occupa di precisare la definizione del costrutto di autostima e infine nell'ultimo si analizzano le ripercussioni sull'autostima del dover convivere con un disturbo dell'apprendimento e i numerosi ausili per affrontare le conseguenti difficoltà.

Capitolo 1

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

L'obiettivo di questo primo capitolo è quello di enunciare i disturbi specifici dell'apprendimento e descriverne le caratteristiche rappresentate principalmente in due manuali diagnostici internazionali. Si esamineranno i disturbi della dislessia, della disortografia, della disgrafia e della discalculia, in ogni paragrafo verranno elencate le diverse difficoltà che i soggetti ritrovano in ambito scolastico e i criteri da soddisfare per la valutazione diagnostica.

1.1 Definizione, cause e caratteristiche

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) indicano una categoria di disturbi del neurosviluppo. È inizialmente fondamentale distinguere il termine difficoltà di apprendimento dal termine disturbo specifico dell'apprendimento. Il primo fa riferimento ad una qualsiasi difficoltà scolastica modificabile con degli interventi mirati, mentre il secondo termine sottende la presenza di un deficit più severo e innato, verificato attraverso un processo clinico e diagnostico. Per definire questi disturbi possiamo analizzare le parole che compongono l'acronimo. Con l'espressione Specifici definiamo i processi riguardanti la necessità ad apprendere attività generalmente automatiche. Con l'espressione Apprendimento indichiamo quei processi che incrementano una data abilità grazie all'esperienza e al contesto sociale esterno.

In Italia, in seguito alla pubblicazione della Legge 170/2010, si è tenuta la *Consensus Conference*, svolta a Roma il 6 e il 7 dicembre 2010, che ha evidenziato come i disturbi specifici dell'apprendimento riguardino circa il 3% degli alunni italiani. Le conseguenze possono essere molteplici: tra esse troviamo un abbassamento del livello scolastico conseguito, a causa dei frequenti abbandoni nel corso della scuola secondaria di secondo grado ed una conseguente riduzione delle proprie potenzialità lavorative e sociali. Questi disturbi sono di origine neurobiologica; interferiscono con il normale processo di acquisizione della lettura, della scrittura e/o del calcolo. I fattori ambientali e sociali, come la scuola ed il contesto familiare, si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare il disturbo e il grado di disadattamento.

I due principali manuali diagnostici internazionali che definiscono i DSA sono:

- L'ICD- 11¹ in cui vengono classificati i DSA all'interno dei disturbi del neuro sviluppo
- Il DSM - V²: in cui i DSA sono inquadrati a livello dimensionale come disturbi della lettura, dell'espressione scritta e del calcolo.

Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale globale. Tali disturbi definiti "specifici" in quanto sulla base dell'abilità interessata assumono una connotazione specifica così classificati con i rispettivi codici nel manuale diagnostico ICD – 10:

- F81.0 Disturbo specifico della lettura
- F81.1 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche
- F81.2 Disturbo specifico della compilazione

In parallelo troviamo nel manuale diagnostico DSM – V i codici dei disturbi come seguono:

- 315.00 Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura
- 315.1 Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo
- 315.2 Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione dell'espressione scritta

A seguito della pubblicazione del DSM – V (APA, 2014), si sono introdotti tre livelli di gravità dei DSA:

- Livello lieve con cui si intende un semplice adattamento della didattica alle esigenze dell'alunno

¹ International Classification of Diseases

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- Livello moderato che costituisce la condizione più frequente con difficoltà marcate che necessitano di un aiuto o un sostegno
- Livello grave, in cui si evidenziano difficoltà con un apprendimento insufficiente nonostante gli strumenti compensativi

Le direttive diagnostiche nell'ambito dei DSA forniscono cinque criteri di base da soddisfare:

- Primo criterio: deve esistere un grado clinicamente significativo di compromissione dell'abilità specifica
- Secondo criterio: la compromissione deve essere specifica, nel senso che non deve essere attribuibile soltanto ad un ritardo mentale
- Terzo criterio: la compromissione deve riguardare lo sviluppo, deve essere presente nei primi anni di scolarizzazione e non acquisita più tardi in seguito ad esempio una paralisi cerebrale
- Quarto criterio: non devono essere presenti fattori esterni capaci di spiegare le difficoltà scolastiche, come ad esempio un trauma familiare
- Quinto criterio: il disturbo non deve essere direttamente dovuto a difetti non corretti della vista o dell'udito

A livello italiano, la Consensus Conference nel gennaio del 2007 nelle sue Raccomandazioni indicava come elemento cruciale per l'identificazione dei DSA il criterio della "discrepanza" tra abilità del dominio specifico interessato (deficitaria in rapporto alle attese per età e/o classe frequentata) e l'intelligenza generale (adeguata all'età cronologica) (Cornoldi, 2019).

Per quanto concerne la tutela e il supporto degli alunni con DSA la normativa di riferimento è la seguente:

- La Legge n.170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico". Riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia. L'articolo 5 si focalizza sulle misure educative e

didattiche di supporto e riporta che “gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari”

- Il Decreto attuativo³ e le “Linee guida per il diritto allo studio degli studenti con DSA”, forniscono indicazioni sulle azioni da attuare per la tutela e il supporto degli allievi.

Gli alunni che presentano DSA, ma non sono accompagnati da una disabilità, non hanno previsti docenti di sostegno, però sono gli insegnanti a dover fornire il materiale compensativo. Questi ultimi sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell’abilità deficitaria e che sollevano l’alunno con DSA da una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza però facilitargli il compito dal punto di vista cognitivo. Fra i più utilizzati troviamo la calcolatrice, la sintesi vocale, i programmi di video lettura con correttore ortografico, tabelle, formulari e mappe concettuali.

Il MIUR⁴ ha diffuso i dati relativi agli alunni a cui è stato diagnosticato un disturbo dell’apprendimento riferendosi agli anni scolastici 2019/2020 e 2020/2021 in cui rispettivamente si sono attestati al 5.3% e al 5.4% del numero complessivo dei frequentanti.

Una caratteristica importante nei DSA è la comorbilità: frequentemente questi disturbi coesistono in uno stesso soggetto, ma possono anche manifestarsi insieme ad altri disturbi dello sviluppo (come il disturbo da deficit dell’attenzione con iperattività) e/o psicopatologici (depressione, ansia).

Infine, il processo di prognosi è differente rispetto ai diversi livelli considerati e può essere influenzata anche da fattori quali: la gravità iniziale del DSA, la tempestività e l’adeguatezza degli interventi, il livello cognitivo, la presenza di comorbilità psichiatrica ecc.

³ D.M. 5669/2011

⁴ Ministero dell’Istruzione e del Merito

1.2 Dislessia

“La dislessia è una difficoltà di apprendimento di origine neurologica, caratterizzata da difficoltà nel riconoscimento accurato e/o fluente di parole, e da limitate abilità di spelling e decodifica. Non rientrano in questa definizione disturbi che, pur manifestando un’analoga sintomatologia, dipendono da altre forme di disabilità (sordità, deficit cognitivo, trauma cerebrale)” (Daloiso, 2010, p. 26). Si tratta di un deficit abbastanza comune ed è caratterizzato dall’incapacità di imparare a decifrare e comprendere i testi scritti in assenza di danni neurologici o di ritardo nello sviluppo intellettivo. La dislessia è un disturbo nella lettura dovuto a difficoltà di decodifica del testo a causa del mancato riconoscimento della corrispondenza fra lettera e suono che impedisce ai soggetti di automatizzare la lettura e di renderla sciolta e scorrevole. Questo disturbo si manifesta principalmente attraverso una minore correttezza e rapidità della lettura ad alta voce, rispetto a quanto atteso per età anagrafica, caratterizzata da distorsioni, sostituzioni e omissioni.

Da un punto di vista delle cause e del periodo di insorgenza, la dislessia può essere suddivisa in: acquisita o evolutiva (American Psychiatric Association, 2005). La dislessia acquisita fa riferimento a quei disturbi di lettura che insorgono come conseguenza di un danno cerebrale, in soggetti in cui le abilità di lettura erano originariamente nella norma. Diversamente, la dislessia evolutiva è un disturbo specifico che inibisce il normale processo di acquisizione della lettura che può essere associato ad un semplice rallentamento del processo di sviluppo.

Le procedure necessarie per definire il disturbo specifico di decodifica della lettura riportate dalla *Consensus Conference* sono:

1. La somministrazione di prove standardizzate che esaminino la lettura, ottenendo risultati relativi ad accuratezza e velocità nella lettura di parole, non-parole e brano
2. La valutazione congiunta dei parametri di rapidità e accuratezza nella performance
3. La rilevazione di una distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino, in almeno uno dei due parametri rapidità o accuratezza

L'età minima in cui è possibile porre diagnosi di disturbo specifico della lettura, coincide con il completamento della seconda classe della scuola primaria.

Nel DSM V⁵ le indicazioni per formulare diagnosi di dislessia indicano che debbano essere soddisfatti questi criteri:

1. Il livello raggiunto nella lettura sia sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e a un'istruzione adeguata all'età
2. Il disturbo descritto interferisce in maniera notevole con l'apprendimento scolastico e/o con attività che richiedono capacità di lettura
3. In caso fosse presente un deficit sensoriale, le difficoltà di lettura devono andare al di là di quelle solitamente associate al deficit sensoriale in questione.

In sintesi, vanno differenziate le normali variazioni nelle abilità di lettura dalla dislessia, che può essere diagnosticata solo se al soggetto sono state fornite adeguate opportunità scolastiche e culturali, se il suo quoziente intellettivo risulta nella media e se non presenta deficit sensoriali che possano da soli spiegare i problemi di lettura.

Nello studente dislessico, le difficoltà non sono solo relative alla memoria di lavoro (mantenere e recuperare informazioni), ma anche ai limiti legati all'accesso lessicale, ossia l'incapacità di ricordare il nome di un oggetto o un luogo. Se la memoria a breve termine è compromessa, si perde l'informazione ancora prima di elaborarla.

1.3 Disortografia e Disgrafia

Il disturbo specifico di scrittura si divide in Disortografia e Disgrafia, a seconda che interessi l'ortografia o la grafia. La disortografia è la difficoltà nel tradurre in segni grafici i suoni corrispondenti, pur possedendo un linguaggio adeguato sul piano della pronuncia lessicale e delle capacità espressive. Quindi a livello ortografico vengono manifestati gli stessi errori che la dislessia presenta nel leggere. La disortografia riguarda l'utilizzo, in fase di scrittura, della corretta applicazione delle regole grammaticali.

⁵ APA, 2014

Con il termine disgrafia, cioè la difficoltà nella realizzazione del gesto grafico, s'intende un disturbo nel processo di trasformazione dei fonemi in grafemi; il disgrafico ha una grafia disordinata, poco chiara accompagnata da una difficoltà a padroneggiare gli strumenti del disegno. Pertanto, utilizzare correttamente gli spazi o orientare la scrittura del foglio possono rappresentare un disagio.

I soggetti con disturbo specifico della scrittura, timorosi di essere giudicati per gli errori che potrebbero commettere, evitano di utilizzare termini complessi o frasi elaborate, rendendo il loro scritto scarno e povero di lessico.

Per la valutazione diagnostica è necessario somministrare prove standardizzate; in modo particolare, per la disortografia è condiviso il parametro di valutazione della correttezza, costituito dal numero di errori e dalla relativa distribuzione percentile, al di sotto del quinto percentile, mentre per la disgrafia, sembra essere una conseguenza di disturbi di esecuzione motoria di ordine disprassico. Secondo l'ICD -10 e il DSM V per formulare una diagnosi di Disturbo dell'espressione scritta occorre che siano rispettati questi criteri:

1. La capacità di scrittura, misurata con test standardizzati somministrati individualmente (o con una valutazione funzionale della capacità di scrittura), è inferiore rispetto a quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e all'istruzione adeguata all'età
2. L'anomalia dell'espressione scritta interferisce notevolmente con l'apprendimento scolastico o con le attività quotidiane che richiedono la capacità di scrittura

1.4 Discalculia

Il DSM – V in accordo con l'ICD – 10 identifica il disturbo del calcolo come caratterizzato principalmente da prestazioni inferiori a quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto nelle capacità di calcolo, misurata con test standardizzati somministrati individualmente in soggetti con abilità cognitive di apprendimento nella norma. Si parla quindi di abilità di base per apprendere il calcolo. La discalculia è tra i DSA meno studiati e riconosciuti poiché ha un'incidenza minore rispetto agli altri disturbi specifici dell'apprendimento.

Per la valutazione diagnostica, come per gli altri disturbi descritti in precedenza, si necessita la somministrazione di prove standardizzate che forniscano parametri per valutare la correttezza e la rapidità. Secondo i due manuali diagnostici di riferimento i criteri diagnostici per il disturbo del calcolo sono: la correttezza e soprattutto il parametro della rapidità, in quanto al clinico deve risultare una lentezza tale da sostenere l'ipotesi di non automatizzazione del processo. Inoltre, si fa riferimento anche alla memorizzazione dei fatti aritmetici e al ragionamento matematico corretto. Anche se vi è un generale accordo nell'escludere dalla diagnosi di disturbo del calcolo le difficoltà di soluzione dei problemi matematici, si consiglia di approfondire le componenti coinvolte nella soluzione di problemi. Prendere in esame questi aspetti, è utile per definire il grado di funzionamento scolastico dell'alunno, in quanto non esiste un bambino con discalculia identico all'altro. Bisogna analizzare ogni bambino a livello individuale e specifico per poter progettare un intervento riabilitativo su misura.

I genitori e gli insegnanti possono fare molto per facilitare lo sviluppo della competenza numerica nel bambino: dai giochi per confrontare quantità, aggiungere, togliere, dividere (nella scuola dell'infanzia). Durante gli anni della scuola primaria si può aiutare il bambino con la matematica avendo a che fare con materiali tangibili, dividere fogli, utilizzare una linea dei numeri, il supporto dei calcoli attraverso le mani. È molto importante che i genitori e i docenti seguano un'unica linea direttiva di insegnamento.

Conclusioni

I disturbi specifici dell'apprendimento, come analizzato finora, presentano una base genetica per questo motivo difficilmente modificabili e alle volte migliorabili. È importante far capire al bambino con DSA che non si deve colpevolizzare, si deve impegnare come i suoi compagni, con l'aiuto degli strumenti a disposizione, dei professori, dei clinici, deve adoperarsi e capire quale metodo di studio gli sia più congeniale.

Capitolo 2

Autostima

In questo capitolo si ritiene rilevante, in relazione alla domanda di ricerca iniziale, analizzare il costrutto di autostima. Si cerca di comprendere quali siano i fattori in gioco nella costruzione dell'autostima e quanto sia importante avere una buona stima di sé, nonostante le difficoltà relazionali interpersonali e intrapersonali in fase adolescenziale.

2.1 Definizione

Per definire l'autostima ritengo appropriato partire da una definizione di senso comune: "Considerazione che un individuo ha di sé stesso. L'autovalutazione che è alla base dell'autostima può manifestarsi come sopravvalutazione o come sottovalutazione a seconda della considerazione che ciascuno può avere di sé, rispetto agli altri o alla situazione in cui si trova."⁶ Sono tante le elaborazioni teoriche sullo studio dell'autostima. Una prima definizione del costrutto possiamo ricondurla a William James (1890). Egli esplicita che il risultato ottenuto dal confronto tra i successi ottenuti e le aspettative attese corrispondano all'autostima di un individuo. Questo autore strettamente legato a questa formula non prese in considerazione l'effetto legato al fattore ambientale esterno, con cui l'autostima potesse incrementare o decrementare le prestazioni e di conseguenza il risultato.

Con gli studi di Cooley (1902) viene presa in considerazione la dimensione sociale nello studio dell'autostima. Quest'ottica interpersonale fa in modo che i sentimenti individuali entrino in contatto con le opinioni altrui. Secondo questa prospettiva l'individuo possiede delle valutazioni riguardo la propria persona in base alle informazioni che riceve dagli altri su di sé. Cooley sosteneva che il modo in cui definiamo noi stessi deriva da come ci vengono restituite dagli altri le nostre azioni e caratteristiche.

L'autostima è una parte essenziale del concetto di sé poiché ne costituisce l'orientamento affettivo, inteso come valutazione positiva o negativa di sé, strettamente connessa al sentimento di valore personale. L'autostima è continuamente messa in gioco dal

⁶ Enciclopedia Treccani

raggiungimento o meno degli obiettivi posti dall'individuo. Dodgson e Wood (1998) hanno riscontrato che gli studenti con un'elevata autostima superino il fallimento in maniera agevole rispetto a chi è dotato di un basso livello di autostima.

Grazie agli studi di Cooley (1902) e della Mead (1934) possiamo risalire al concetto di autostima come costruito sociale. In una visione interpersonale, i sentimenti delle persone su sé stessi sono in stretta combinazione con le opinioni che si ritengono gli altri abbiano sulla propria persona. Nel periodo adolescenziale il riferimento sociale nella costruzione e nella definizione del proprio sé è molto importante. Il concetto di Elkind (1985) di "uditorio immaginario", ci aiuta a comprendere come l'adolescente si senta al centro di un palcoscenico. È l'idea illusoria di essere studiato in ogni minimo dettaglio insistentemente da altre persone. La preoccupazione dell'opinione altrui è costante e pressante. Molteplici studi indicano come l'autostima sia una dimensione genere-specifica (Knox et al.1998; Kling, et al.,1999; Quatman & Watson, 2001; Schmidt & Padilla, 2003). I livelli di autostima sono notevolmente inferiori nelle femmine rispetto ai maschi, tendendo a diminuire progressivamente con il susseguirsi dell'adolescenza (Block & Robins, 1993; Harter, 1993). Alla definizione del concetto di autostima viene affiancato il concetto di sé (Byrne, 1996). I due costrutti vengono utilizzati spesso come sinonimi nel linguaggio comune. Il concetto di sé è il risultato delle esperienze individuali che influenzano la percezione e l'attribuzione di significati agli eventi, in modo da tutelare il senso di continuità e di coerenza della propria immagine negli anni, tendendo alla stabilità. Higgins (1989) ha proposto un'interessante teoria per spiegare come ci si auto valuta. A suo parere, l'autostima è definita dal grado di sovrapposizione o di scarto tra come ci si vede e come si vorrebbe vedersi. L'autore sostiene che convivono in noi tre sé: sé reale, sé ideale e sé imperativo. Il primo è definito dai tratti che descrivono ciò che pensiamo di essere, il secondo da ciò che vorremmo essere (sogni, desideri, speranze) e il terzo da ciò che pensiamo di dover essere (in relazione al senso morale, di responsabilità nei confronti di figure significative o della società). Gli ultimi due sono come delle guide, dei canoni personali a cui tendiamo a conformarci. Questo autore enunciò l'idea per la quale se il sé effettivo e il sé ideale sono in contrasto, l'individuo proverà emozioni negative che possiamo ritrovare nel quadro clinico depressivo. Diversamente se le contrapposizioni si manifestano tra il sé effettivo e il sé imperativo e quindi, se l'individuo si dovesse rendere conto che ciò che egli desidera fare non corrisponde alle aspettative

esterne, con molta probabilità le emozioni che susciterà saranno quelle di disprezzo nei confronti di sé stesso unito al profondo senso di colpa, emozioni ritrovabili nel quadro clinico ansioso.

Da un punto di vista storico sono esistiti forti dibattiti tra cognitivisti e comportamentisti tentando di descrivere la profondità dell'essere umano. I primi hanno cercato di attribuire al sé una base cognitiva elaborata (Harter, 1983), mentre i secondi si sono adoperati per metterne in dubbio la validità (Skinner, 1990).

I cognitivisti espongono una descrizione del sistema cognitivo del sé avendo come base un modello evolutivo che include sia il concetto di autostima che il concetto di sé.

Differisce in maniera significativa la teoria comportamentista, proposta da Skinner (1990), il quale enunciava che lo studio dell'entità definita sé doveva basarsi su inferenze tratte dal comportamento esplicito dell'individuo essendo l'unico dato realmente osservabile, pertanto unica area di studio valida.

L'autostima e la sua valutazione sono argomenti che interessano molteplici aree di ricerca in ambito psicologico, come la psicologia clinica, sociale e dello sviluppo. Uno tra i tanti motivi a fondamento del crescente interesse in materia è l'affermazione per cui il giudizio che ogni individuo pone su di sé risulta unito alle funzioni adattive della persona; un'autostima positiva viene associata al benessere psicologico individuale (Diener & Diener, 1995), a relazioni interpersonali soddisfacenti (Brown & Marshall, 2001, Leary & Braumeister, 2000) e ad adeguate strategie di coping, nel contempo si ha una diminuzione degli stati depressivi (Tennen & Herzberger, 1987) della solitudine e dell'ansia (Jones et al., 1981). Una persona che mostra livelli di autostima elevati si pone come persona ottimista e fiduciosa nelle proprie capacità e di conseguenza affronterà le avversità con maggiore calma e serenità. Anche per ciò che concerne l'avvenire, gli individui con una tale autostima tendono a vedersi coinvolti in eventi spiacevoli e negativi con una minore frequenza (Weinstein, 1980; Fiske & Taylor, 1991), presentando così un ottimo valore adattivo. D'altro canto, chi manifesta un'autostima bassa si demotiva maggiormente davanti alle difficoltà, non ritenendosi in grado di poterle affrontare e superare, tendendo ad essere più pessimiste e a presentare con più probabilità quadri depressivi (Arcuri & Maas, 1995).

In sintesi, il concetto di sé risponde alla domanda “Chi sono io?”, mentre l’autostima risponde alla domanda “Quanto valgo io?”.

Tra gli strumenti che possono essere usati per misurare l’autostima troviamo il “Test Multidimensionale sull’autostima” di Bracken (1992). Questo è composto da 150 item totali, suddivisi in 6 scale da 25 item, non indipendenti. Le scale riguardano: relazioni interpersonali (rapporti sociali con adulti e pari), controllo sull’ambiente (la capacità di governare gli eventi della propria vita), l’emotività (la capacità di saper gestire le emozioni soprattutto quelle spiacevoli), successo scolastico (i successi e i fallimenti in ambito scolastico), vita familiare (le relazioni in famiglia e il grado secondo cui ci si sente amato e partecipante), vissuto con la propria figura corporea (la relazione con il corpo). Ogni domanda prevede quattro possibili risposte in alternativa: Assolutamente vero, vero, non vero, assolutamente non vero.

2.2 Distorsioni cognitive, attribuzioni causali

In rapporto all’autostima si affrontano ora le distorsioni cognitive, in quanto anch’esse riportano informazioni sulle strategie che si possono mettere in atto per proteggere la nostra autostima. Le distorsioni cognitive, anche dette *self-biases*, sono cognizioni illusorie sul sé. La valorizzazione del sé, nei confronti sociali, consiste nella tendenza delle persone a trovare negli altri maggiori caratteristiche negative rispetto a sé stessi. Numerosi studi hanno messo in luce la diffusione e la persistenza di tali *biases*, in relazione alle diverse caratteristiche personali, comportamenti ed eventi della vita (Hoorens, 1995), in particolar modo con soggetti del mondo occidentale. Molteplici aspetti della vita sociale, oltre alla cultura d’appartenenza, sono in grado di condizionare il verificarsi di distorsioni cognitive a vantaggio del sé. Per esempio, Anderson et al. (2006) hanno dimostrato che la percezione del proprio status sociale è meticolosa in un contesto di gruppo, molto probabilmente perché si ha la motivazione a mantenere l’appartenenza allo stesso.

La funzione primaria delle distorsioni cognitive è quella di proteggere e promuovere l’autostima, che ulteriormente possa garantire un’adeguata soddisfazione della vita, del benessere soggettivo e della salute mentale (Cummins & Nistico, 2002; Zuckerman & O’Loughlin, 2006). Tuttavia, i *biases* a beneficio del sé possono anche avere un valore disadattivo. Per esempio, percepire sé stessi come meno vulnerabili alle malattie rispetto

ad altri può portare a trascurare i comportamenti più elementari di tutela della propria salute (Weinstein, 1989).

Le distorsioni cognitive secondo Sacco e Beck (1985) possono essere classificate come:

- Inferenze cognitive, in base alle quali si creano idee arbitrarie su sé stessi senza disporre di dati oggettivi e reali;
- Astrazioni selettive, per le quali si estrapola un piccolo dettaglio negativo e lo si pone come rappresentativo del proprio essere;
- Sovragereneralizzazioni, così che un unico tratto della personalità diventi simbolico dell'individuo;
- Massimizzazioni, che permette di implementare gli effetti negativi di un'unica azione intrapresa;
- Minimizzazioni affinché un unico evento sia ridotto nella sua portata positiva;
- Personalizzazioni, per cui ci sentiamo imputabili per eventi negativi accaduti;

Pensiero dicotomico, per cui non ammettono sfumature nel contesto dell'assunzione di responsabilità, conducendo l'analisi a costrutti del tutto/nulla. Si ritiene opportuno riportare la teoria attribuzionale in rapporto all'autostima, poiché chiarisce come la definizione delle cause agli episodi che accadono nel corso della vita siano ricollegate ad una nostra percezione. La teoria attribuzionale di Weiner (1979,1980) concepisce la motivazione come un processo temporale, per cui ha inizio con un evento e finisce con un comportamento o con l'intenzione di agire. Gli individui dinanzi a un determinato risultato cercano di capire perché si è verificato, l'inferenza causale influenza le aspettative di successo e le emozioni, le quali a loro volta incidono su numerosi fattori motivazionali, ad esempio come l'intensità della prestazione e la persistenza. L'autore Weiner ha constatato in numerosi studi che i fattori causali più spesso attribuiti dagli studenti ai successi e fallimenti sono: l'abilità, l'impegno, la difficoltà del compito e la fortuna. Esistono altre cause come la salute, le esperienze precedenti, l'umore. Vengono individuate di seguito le dimensioni causali che possono essere tra loro indipendenti (Weiner, 1979, 1980, 1985):

- Il *locus of control*: un fattore causale può collocarsi o all'interno o all'esterno dell'individuo. Ad esempio, la salute, l'abilità, l'impegno sono interni, mentre il grado di difficoltà di un determinato compito è esterno, quindi non imputabile alla persona stessa.
- La stabilità: una causa può essere considerata variabile o meno nel tempo. Per esempio, collegandoci a quanto detto nel punto precedente, l'abilità e la difficoltà del compito sono da considerarsi come invariabili, mentre l'impegno, l'attenzione sono cause instabili.
- La controllabilità: un fattore causale può essere controllabile o meno dall'individuo, ad esempio l'impegno lo si ritiene controllabile, mentre l'abilità, sottintesa come tratto stabile, viene trattata come incontrollabile.

Weiner (1979) sottolinea come la collocazione di una causa dipende dal significato che ad essa viene attribuito dal singolo individuo, cambiando così da persona a persona.

Nel primo punto analizzato da Weiner troviamo Il *locus of control*. Cercando di analizzare questo argomento si realizza che il locus può essere esterno o interno, variando da persona a persona (Carretti et al., 2008):

- *Locus of control* esterno: sono soggetti convinti che le cause esterne abbiano un controllo maggiore sulla propria vita.
- *Locus of control* interno: sono soggetti che ritengono di poter agire nelle situazioni, influenzando in prima persona gli eventi.

Avere un *locus* esterno o interno modificherà l'atteggiamento, il comportamento rispetto ai vari eventi della vita. Per esempio, analizzando gli studenti con un *locus* interno possiamo notare come essi siano convinti di poter cambiare il risultato degli eventi come desiderano, insieme alla dedizione e all'impegno. Mentre gli altri avranno un atteggiamento di non curanza, in quanto attribuiscono agli agenti esterni il risultato di un determinato evento.

Altri studi (Nicholls, 1979) hanno evidenziato come sia più probabile per i maschi attribuire il loro successo all'alta abilità, rispetto alle femmine che ritengono il loro

insuccesso legato alla loro scarsa abilità. Diverse opzioni le possiamo incontrare negli studi di Dweck, et al.1978 le quali hanno riscontrato, in classi di quarta e quinta elementare, che le critiche rivolte ai maschi erano più frequenti e riguardavano la condotta, mentre le femmine ricevevano critiche riguardo il loro rendimento scolastico. I risultati di queste ricerche hanno fatto luce sulla percezione che le bambine hanno delle loro capacità intellettive avendo ottenuto *feedback* negativi sulle loro abilità scolastiche, mentre i *feedback* ricevuti dai maschi non mettevano in discussione la loro capacità intellettuale. Con il proseguire del cammino educativo, con l'aumentare dell'età e dell'esperienza scolastica gli studenti tendono ad avere meno motivazione e ad impegnarsi nello studio solo per il piacere fine a sé stesso che ne può derivare (Harter, 1981). I ragazzi preferiscono studiare per un premio esterno, una buona votazione piuttosto che per la curiosità e l'interesse della materia. Bisogna aggiungere che con il continuo dell'iter scolastico la valutazione scolastica risulta essere sempre più importante, l'autostima da parte dei ragazzi diminuisce sempre di più e le difficoltà scolastiche contrastano la motivazione intrinseca iniziale (Stipek, 1984).

2.3 Strategie per incrementare autostima

Avere un'alta autostima significa avere una differenza minima tra il sé reale e il sé ideale. Questo porta come risultato una maggiore apertura all'ambiente circostante, una maggiore fiducia nelle proprie capacità e una maggiore autonomia nelle scelte. Gli individui con un'elevata autostima mostrano più perseveranza nel riuscire in attività che li appassionano o in generale nel conseguire un obiettivo.

D'altra parte, avere una bassa autostima può portare ad una minore partecipazione alla vita sociale con scarso entusiasmo, questo si concretizza in situazioni di demotivazione in cui dominano il disimpegno e il disinteresse. È comune che questi soggetti cerchino di evadere dalle situazioni sociali per timore delle opinioni altrui ed è altrettanto frequente che si arrendano e si abbattano quando si tratta di raggiungere un obiettivo. Sono persone che faticano a rinunciare al senso di abbandono e ai sentimenti di delusione collegati all'insuccesso. In aggiunta, chi ha una bassa autostima soffre e si sente sensibile alle critiche.

Maria Beatrice Toro (2010) suggerisce come accrescere una percezione positiva di sé, migliorando quindi l'autostima. Qui sono elencate le diverse strategie:

- L'incremento delle capacità di *problem solving*: spesso la stima di sé è funzione delle proprie capacità di *problem-solving*
- L'attuazione del dialogo interno, anche definito *self-talk*, positivo: strategia può incrementare l'autostima utilizzando la propria voce interiore, inviando messaggi positivi alla nostra mente, in modo tale da migliorare la nostra auto percezione
- Il potenziamento delle abilità comunicative: avere attorno a noi contatti positivi permette di farci sentire amati e più a nostro agio
- Il miglioramento dell'autocontrollo: gestire i nostri stati emotivi influenza i rapporti con le altre persone e con noi stessi permettendoci di avere legami più appaganti, confortanti
- La modifica dei nostri standard cognitivi: definendo obiettivi utopici, aspettative irrealistiche corriamo il rischio di non arrivare al traguardo prefissato
- La ristrutturazione dello stile attribuzionale: grazie ad esso dovremmo raggiungere una maggiore obiettività per riuscire ad interpretare alcuni eventi o situazioni come non dipendenti da noi.

Conclusioni

L'autostima è una variabile dipendente da molti fattori. Abbiamo analizzato come in adolescenza l'immagine che gli altri hanno della nostra personalità è davvero fondamentale. Tutte le relazioni sociali si basano sulla percezione che abbiamo di noi; i nostri valori e i nostri ideali si formano in rapporto con la società e con l'ambiente che ci circonda e in cui siamo nati e cresciuti. In questo capitolo si sono analizzate le differenze tra le caratteristiche che vorremmo far trasparire e quelle che realmente traspaiono. In modo rilevante, durante l'adolescenza, si cerca di nascondere quello che potrebbe farci emarginare, quelle differenze lampanti o non, che si cercano di tenere in ombra, come possono essere delle caratteristiche fisiche o caratteriali, o addirittura specificità che non

possiamo controllare, in quanto innate in questo studio il caso del disturbo specifico dell'apprendimento.

Capitolo 3

Relazione tra i DSA e l'autostima

In quest'ultimo capitolo andrò ad analizzare la possibile relazione tra i Disturbi Specifici dell'Apprendimento e il livello di autostima, considerando: i vari aspetti che nei soggetti possano modificare la loro percezione di sé, l'importanza di creare legami solidi e sani fondati sul rispetto reciproco con gli insegnanti e con la propria famiglia, e sul mancato riconoscimento del disturbo in età precoce con varie ripercussioni sul piano emotivo e relazionale.

3.1 Le conseguenze emotive e relazionali delle difficoltà scolastiche negli alunni con DSA

Sfortunatamente, è raro che le difficoltà specifiche dell'apprendimento siano individuate e diagnosticate in età precoce, generando così una serie d'insuccessi scolastici a cui il bambino non riesce a dare una spiegazione. “È il caso di Mario, 7 anni, che frequenta la seconda classe di scuola primaria. Quasi sempre i risultati insoddisfacenti che ottiene in ambito scolastico vengono attribuiti allo scarso impegno [...], oltre a sostenere il peso della propria incapacità, si sente anche responsabile e colpevole. [...] L'insuccesso prolungato genera scarsa autostima; dalla mancanza di fiducia nelle proprie possibilità scaturisce un disagio psicologico che, nel tempo, può strutturarsi e dare origine a un'elevata demotivazione all'apprendimento e a manifestazioni emotivo - affettive particolari quali l'inibizione, l'aggressività e, in alcuni casi, la depressione.” (Pratelli, 1995, p. 122-124). Il caso riportato evidenzia quanto sia importante l'individuazione del problema e partire il prima possibile con un adeguato percorso mirato sia alla riduzione della difficoltà specifica che al preservamento dell'autostima. Diviene indispensabile il ruolo congiunto di scuola e famiglia, essendo ambienti quotidiani dell'alunno. In uno studio proposto da Maggioni nel saggio “Disturbi specifici di apprendimento in famiglia” (2018) prevedeva la somministrazione di un questionario ai genitori di figli con DSA al fine di rilevare situazioni di disagio tra il gruppo dei pari. In una delle domande poste in esame dal questionario: “Suo figlio sentiva la differenza tra sé e i suoi compagni prima della diagnosi? Come l'ha manifestato?” i risultati ottenuti hanno evidenziato come il 68% dei genitori intervistati hanno risposto in maniera affermativa alla prima questione poiché notavano nei figli emozioni negative: come la tristezza e l'insofferenza nell'andare

a scuola, collegati spesso a sintomi fisici quali ad esempio la nausea. Questo dato può farci comprendere come siano i figli stessi a manifestare il loro disagio e come bisogna imparare a comprendere e prendere tempo per ascoltare i bambini che vogliono essere aiutati. Con gli studi attuali si ritiene che il disturbo, fatta eccezione per le situazioni di lieve entità, difficilmente sarà superato definitivamente. Per promuovere la motivazione allo studio non bisogna addossare sull'alunno tutte le colpe, riconoscendo che il disturbo sia una variabile indipendente dalla volontà e dall'impegno dello studente. Inoltre, la sensazione d'incapacità di affrontare proprie difficoltà di apprendimento, se abbinata ad altre condizioni d'insuccesso, nella sfera sociale e interpersonale può generare una valutazione negativa generale di sé stessi. Nella migliore ipotesi si può arrivare ad avere una bassa autostima solo in ambito scolastico, lasciandola invariata e sufficiente negli altri aspetti prestazionali. Quando la condizione di difficoltà nell'apprendimento provoca una sofferenza sul piano emotivo, motivazionale e sociale, il bambino potrebbe reagire con aggressività nei confronti degli altri. Un interessante approfondimento tratto e adattato da SINPIA⁷ in merito a questo specifico rapporto tra i DSA e i disturbi del comportamento, fa riferimento a una teoria psico-patologica, utilizzando la chiave di lettura psicopatologica cognitiva. Con quest'ultima s'inserisce il DSA lungo l'itinerario di sviluppo di un bambino determinando così comportamenti di oppositività (**esternalizzanti**) oppure di chiusura depressiva (**internalizzanti**) aventi significati diversi. I primi sono causati da deficit delle strutture deputate all'autoregolazione comportamentale, mentre nei disturbi internalizzanti il disagio e la sofferenza emotiva sono vissuti interiormente. Per entrambi i comportamenti sono diverse le categorie diagnostiche interessate e rappresentate di seguito:

Disturbi **esternalizzanti** o disturbi con comportamento disturbante (DSM IV-TR):

- Disturbo da iperattività e deficit di attenzione (ADHD⁸): la Consensus Conference del 2011 riporta che la co-occorrenza tra DSA e ADHD comporta un peggioramento per entrambi. A tal proposito nello studio di Mayes (2000) è emerso che la comorbidità di questi disturbi incide negativamente sulle

⁷ Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

⁸ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

competenze scolastiche, influenzandosi a vicenda indipendentemente dal rapporto causale che li possa legare.

- Disturbo oppositivo - provocatorio: non favorisce l'adattamento scolastico e occasionalmente può essere conseguente alle esperienze frustranti vissute dai bambini a causa degli insuccessi scolastici (Torgesen, 1990).
- Disturbi della condotta e inerenti all'area della devianza sociale, in qualche caso associati ad abuso di sostanze e comportamenti delinquenti molto spesso in rapporto con brutte situazioni sul piano relazionale (Forness, Kavale e Lopez, 1993; Hinshaw, 1992).

Disturbi **internalizzanti** (Wilcutt e Pennington, 2000):

Esistono diverse teorie sul rischio, nei bambini con DSA, di sviluppare disturbi sociali ed emozionali, ma in generale esse convergono sul ruolo svolto dai sentimenti di frustrazione e fallimento.

- Disturbi d'ansia sono frequentemente associati ai disturbi specifici dell'apprendimento, nelle varie articolazioni: attacchi di panico, disturbo di ansia da separazione, fobie sociali. Questi disturbi possono dirigere verso il ritiro scolastico, interferendo sulle varie possibilità di trattamento e recupero delle difficoltà nel settore didattico (De Negri, 1999; Wilcutt e Pennington 2000).
- Disturbi somatoformi possono essere manifestazione di reazioni secondarie agli insuccessi scolastici producendo disadattamento e ritiro dall'ambiente educativo (De Negri, 1999; Wilcutt e Pennington 2000).
- Disturbi dell'umore possono avvenire in seguito a disturbi specifici delle abilità scolastiche. Questi rappresentano un rischio sia per l'abbandono scolastico sia per, in casi rari, d'idee suicide (Masi, 1999; Wilcutt e Pennington, 2000).

3.2 Il ruolo degli insegnanti e dei genitori

Costruire un buon rapporto, una solida relazione tra insegnante e alunno è fondamentale in ogni attività di sviluppo e apprendimento, questo s'intensifica se l'alunno presenta difficoltà. La scuola oltre ad essere un luogo di apprendimento è anche un ambiente di

socializzazione, in cui l'alunno s'interfaccia sia con i suoi compagni, sia con l'insegnante. Il gruppo classe che si forma può essere considerato un sistema basato su un continuo scambio cognitivo ed emozionale all'interno del quale possiamo trovare un livello riguardante l'apprendimento e un livello riguardante la dimensione sociale e relazionale. Data la continua evoluzione dei rapporti, l'insegnante assume il ruolo di promotore della positività e di supporto e sostegno ai suoi alunni. Una relazione è più della somma delle sue singole parti che la compongono ed è anche il risultato di connessioni tra sistemi molto diversi che s'influenzano a vicenda continuamente; come la relazione con i genitori, con i colleghi, con gli altri bambini. Oltre a questi sistemi diadici di relazione possiamo trovare quelli biologici e comportamentali, quelli di relazione con i gruppi sociali, le comunità e le culture. Da una ricerca condotta su studenti americani, è emerso che il legame emotivo percepito con il proprio insegnante è uno degli importanti fattori di sviluppo per il loro successo sia scolastico sia sociale (Cothra et al., 2003; Hamre & Pianta, 2001). La letteratura pone l'accento su come una buona relazione tra studenti e insegnanti risulti essere un fattore rilevante non esclusivamente per lo sviluppo emotivo e cognitivo ma persino per le abilità accademiche e il rendimento scolastico degli alunni. Una relazione è buona quando ci si sente arricchiti e ci si sente motivati a trarne il massimo e il meglio. La pedagogia insegna che una buona relazione di aiuto (Canevari & Chierigatti, 1999) ha bisogno di tempo per instaurarsi, bisogna lavorare sulla resistenza all'altro, poiché quella è la chiave per una relazione educativa. Rapportarsi con una persona con un deficit funzionale, come ad esempio la dislessia, i punti di resistenza possono essere molteplici come l'ostacolare la comunicazione e l'approccio in maniera non propositiva all'apprendimento. Ciò nonostante, la costruzione di un rapporto stabile e sicuro è necessario al fine abilitativo e didattico. In una buona relazione bisogna accettarsi per come si è, senza voler cambiare le caratteristiche dell'altro, accogliendo gli errori, le diversità, le competenze. Si instaura una relazione efficace quando l'alunno si sente ascoltato, compreso e accettato. L'alunno con difficoltà specifiche dell'apprendimento deve essere identificato come tale e non come un soggetto "pigro" che sottovaluta i suoi doveri scolastici. La colpevolizzazione dello studente con una difficoltà nell'apprendimento non farà altro che intaccare la sua autostima ed egli si demotiverà nello studio. Un'altra attenzione rilevante che il docente deve dimostrare verso lo scolaro riguarda l'empatia. Quest'ultima è così definita: "una risposta affettiva

che sorge dalla percezione o dalla comprensione dello stato emotivo o dalla situazione di un'altra persona, ed è simile a quello che la persona sta provando o ci si può aspettare che provi" (Eisenberg, 2000). Grazie ad un buon livello di empatia e all'interpretazione dell'espressione emotiva provata, il rapporto si fortifica. L'insegnante diventa una figura di supporto anche nella regolazione degli stati emotivi, contenendo o limitando, quando necessario, ad esempio, un'emozione di rabbia. In concreto, il docente può etichettare lo stato affettivo percepito affinché l'alunno si senta compreso. L'azione dell'insegnante nei confronti dell'alunno deve essere di accettazione, valorizzazione e di comprensione; deve essere regolare nel tempo, costante, frequente, prevedibile, responsiva ai segnali e resistente davanti alle frustrazioni e ai fallimenti. Cercando sempre di ridimensionare le aspettative affinché l'azione produca autostima e sicurezza. Se quest'azione funziona, in entrambe le parti si vedrà aumentare l'autostima e l'autoefficacia. Queste ultime due sono al medesimo tempo sia un fine, in sé, sia un mezzo per cui il giudizio positivo sulla propria persona è connesso ad altre dimensioni psicologiche. Una buona relazione deve creare sicurezza e fiducia, aiutando lo sviluppo dell'identità dell'alunno senza compromettere la volontà di scelta personale. La sicurezza generata non deve essere percepita come tranquillità passiva, ma come base di protezione. L'alunno deve sapere di avere la possibilità, la capacità di esplorare e rischiare in ogni ambito, senza che questo cambi la relazione instaurata. Un rapporto sano non può essere analizzato solo nella diade insegnante-alunno considerando che quest'ultimo è immerso in altri sistemi relazionali, quali ad esempio con i genitori o con il gruppo classe. Con i compagni di scuola si costruisce un sistema che viene percepito come inscindibile: un rifiuto da parte loro costituisce un danno irreparabile all'autostima. È necessario che l'insegnante dedichi del tempo a favorire delle adeguate relazioni tra pari, poiché i bambini con difficoltà, di qualsiasi genere, trovano solitamente più ostacoli nelle interazioni, spesso soggetti di bullismo o di emarginazione. I bambini, spesso, delineano come caratteristiche sfavorevoli i disturbi del comportamento, del genere sia esternalizzato sia internalizzato/evitante/ansioso oltre alle caratteristiche di disattenzione e autoregolazione (Bierman, 2004).

Il ruolo della famiglia nella vita di un bambino con DSA è altrettanto importante. È di fondamentale importanza che i genitori accettino il disturbo del figlio cosicché quest'ultimo sia accolto serenamente, dimostrando un coinvolgimento attivo e una

presenza costante nella sua vita. Nel saggio citato pocanzi si sono prese in esame delle domande di un questionario posto ai genitori di bambini con DSA, una di queste, una di questa è particolarmente rilevante poiché pone l'accento sui consigli utili da dare ad altri nella stessa situazione. "Quali consigli darebbe a un genitore che ha appena scoperto che suo/a figlio/a ha un DSA?". Nelle risposte delle famiglie emergono vari orientamenti quali:

- Il confronto con gli altri genitori, utile a comprendere ulteriormente le modalità per affrontare le difficoltà a cui si andranno incontro, lavorare su sé stessi, accettare il disturbo del figlio per aiutarlo prontamente;
- Il supporto del figlio nei momenti di sconforto sorreggendo l'autostima, iscrivendolo ad esempio, a corsi extracurricolari per ritrovare la stima di sé in altri campi.

3.2.1 Sostegno scuola - famiglia

La relazione insegnante - studente è determinante che sia basata su qualità positive e sul valore affettivo. Comunemente, però, i docenti sono sotto stress per le varie scadenze amministrative e queste ansie non giovano alla connessione con gli alunni. Come sottolineato in precedenza, il rapporto che si stabilisce tra le figure che ruotano attorno all'alunno - insegnanti, genitori, parenti, e clinici - deve fondarsi sulla qualità della relazione, in modo da formare alleanze costruttive e educative il più efficaci ed efficienti possibile. Condividendo sconfitte e vittorie si potrà capire al meglio l'alunno con i suoi punti di forza e di debolezza. Comunemente essere genitori non è un compito facile, oltretutto nell'esserlo di bambini con disturbi specifici dell'apprendimento rende l'incarico maggiormente pregno di importanza e responsabilità. Il genitore deve assumere un duplice ruolo; da un lato, amare, proteggere e garantire al figlio tutto ciò di cui ha bisogno per crescere sereno e al sicuro, dall'altro egli deve provvedere al sostentamento legato alle difficoltà d'apprendimento. Costruire un'alleanza con la scuola diventa quindi di vitale importanza. Bisogna precisare che per iniziare a lavorare in modo efficiente si richiede alla scuola una serie di componenti fondamentali e complementari come la formazione dei docenti, l'aiuto psicologico alle famiglie, l'elaborazione condivisa di obiettivi comuni, la cura della dimensione emotiva. Quando un genitore si sente supportato, aiutato acquisisce sicurezza, coraggio e tenacia, componenti che lo portano a trovare soluzioni rapide ed efficaci in situazioni difficili. I conflitti che minacciano

l'alleanza possono nascere proprio dalle interazioni scendenti ed antagoniste di scuola e genitori; d'altro canto, quando questi due attori lavorano di comune accordo, il bambino ne trae beneficio. In un percorso di diagnosi dei disturbi, la scuola deve essere informata sugli esiti in quanto è importante fornire una strada, un percorso alternativo all'apprendimento dell'alunno. La diagnosi finale potrebbe implicare che il bambino abbia bisogno di interventi specifici su cui la scuola deve attivarsi e fornire all'alunno tutto l'aiuto possibile. Per poter fornire il miglior ambiente di apprendimento, la scuola dovrebbe possedere determinate caratteristiche. Spesso i programmi elaborati per alunni con DSA si sono rilevati interessanti e utili all'intero gruppo classe. La legge italiana garantisce a tutti i bambini l'accesso all'istruzione pubblica e questo implica che la scuola debba rispondere ai bisogni di tutti con o senza difficoltà particolari. Questo comporta una profonda rivoluzione della scuola tradizionale, un processo che richiede tempo e grande impegno da parte delle istituzioni e dei docenti. In sintesi, l'istruzione è efficace per un bambino con DSA quando persegue contemporaneamente sia l'integrazione sociale sia gli apprendimenti scolastici. L'elemento fondamentale rimane il dialogo tra scuola e famiglia: i genitori devono sapere di poter contare e fidarsi degli insegnanti.

3.3 DSA e vita adulta

In questa parte si analizzeranno i dati concernenti l'evoluzione dei disturbi specifici dell'apprendimento. La Consensus Conference non riporta indicazioni precise circa la prognosi di questi disturbi: l'evoluzione non è ancora chiara avendo molteplici fattori da considerare. La Consensus Conference ci propone per la prognosi di analizzare, accanto ai criteri di gravità funzionale, i fattori personali e ambientali, ma di non esaminarli come un unico processo interconnesso. I fattori in questione da considerare sono:

- Evoluzione a distanza dell'efficienza del processo di lettura, scrittura e calcolo;
- Qualità dell'adattamento;
- Presenza di un disturbo psicopatologico;
- Avanzamento nella carriera scolastica.

Gli elementi che interferiscono con la prognosi possono essere: la gravità del DSA iniziale, la tempestività d'intervento, la presenza di comorbilità. La Consensus

Conference ha indagato vari profili prognostici. Il primo riguarda la prognosi del disturbo, intesa come evoluzione dell'efficienza del processo di lettura, scrittura e calcolo; le indicazioni in merito riguardano la dislessia, ritrovata spesso ancora presente in età adulta. Il secondo profilo vede la prognosi psicopatologica, in altre parole l'insorgenza di altri disturbi, Il terzo si riferisce alla prognosi scolastica e lavorativa: non vi sono dati sufficienti per fornire prognosi nell'area delle attività lavorative, mentre per la prognosi scolastica emergono dati interessanti sull'accesso all'istruzione post-secondaria che sembrerebbero correlati alla gravità del disturbo.

Gli insegnanti riconoscono che i bambini con DSA hanno davanti a loro una strada in salita e difficoltosa. Alle scuole secondarie di secondo grado la situazione cambia, questo perché anche gli studenti che più faticavano, con il trascorrere del tempo sono riusciti a organizzarsi tramite strumenti di compensazione, mascherando il disturbo ai loro compagni e ai docenti. (Stella & Savelli, 2011). Talvolta i ragazzi con DSA preferiscono non mostrarsi e mimetizzarsi con il resto della classe, nonostante questo li porti a essere categorizzati come svogliati. In questa fase della crescita è molto più importante l'apparire, l'aspetto esteriore, sapere che i nostri pari ci ritengono degni del gruppo, rispetto al rendimento scolastico. Di conseguenza, può capitare che il ragazzo non voglia usufruire delle misure dispensativo - compensative, mentre gli insegnanti desidererebbero rendere comprensibile alla classe le ragioni delle valutazioni differenziate (ad esempio delle interrogazioni orali programmate ecc.). La questione con un adolescente con un disturbo dell'apprendimento risulta paradossale su due fronti: siccome i processi di compensazione hanno reso le difficoltà di lettura, scrittura e calcolo più fluide, ora, risulta difficile smascherare il problema per trovare soluzioni. Inoltre, come indicato in precedenza, l'adolescente in questa fase dello sviluppo, tiene lontani tutti gli elementi che lo possano far emarginare dal gruppo dei coetanei.

Il bambino dislessico, essendo cognitivamente normodotato, sfrutta le conoscenze lessicali apprese per migliorare la sua lettura. La dislessia di fatto non scompare, ma le persone con questo disturbo riescono ad utilizzare degli *escamotage* per cui la lettura può risultare più fluida, ma non sarà mai automatica, lo sforzo impiegato rimane maggiore rispetto agli altri. Se il docente ricerca una lettura con errori o molto lenta, in una classe di secondaria di secondo grado, difficilmente sarà in grado di individuare un soggetto dislessico, accentuando così il falso mito per cui la dislessia sia un'invenzione degli

psicologici o di genitori iperprotettivi. La scuola continuerà a fare molte vittime, in questo senso, soprattutto se non ci si pongono domande e ci si limita a irrigidire le procedure di verifica in classe. Mentre nelle scuole primarie le prestazioni degli alunni con DSA sono realmente ed effettivamente in discrepanza con il gruppo classe, nelle fasi successive il disturbo si evolve e le prestazioni sono molto più simili a quelle degli altri. Questo meccanismo è definito di compensazione ed è determinato da un accumulo di esperienza e da maggiori strategie lessicali che tendono a diminuire le difficoltà.

La reale battaglia per un bambino con un disturbo dell'apprendimento è quella per la propria identità. Per anni si sentirà sbagliato, deriso, poco intelligente; poiché in primo luogo spesso vede i suoi compagni impegnarsi meno di lui e ottenere risultati migliori e in secondo luogo gli adulti fanno pressione sui suoi continui fallimenti. Ecco spiegato il motivo per cui per gli alunni è più soddisfacente apparire come svogliati, rispetto al dover ammettere la problematica effettiva. L'etichetta di "pigro" è scelta deliberatamente con conseguente e consapevole codifica sociale, mentre il disturbo non è una scelta, viene percepito come aspetto da nascondere per gli effetti negativi sull'immagine sociale dell'adolescente. Questo diviene il pretesto per rifiutare le misure e gli strumenti di compensazione. Il diniego di queste opportunità è scambiato dai docenti per nobili sentimenti di rinuncia ai privilegi o alle raccomandazioni, di egualitarismo ai compagni, o di garantismo ("Non è giusto per i miei compagni"). Vi sono dimostrazioni di mutamento di atteggiamento da parte dei professori nei confronti degli alunni con DSA, umiliandoli, facendoli sentire come incapaci. L'orientamento scolastico e professionale specifico per le persone con dislessia è una delle risorse più importanti. Ci sono dislessici che si trovano in situazioni lavorative in cui le richieste sono effettivamente difficili rispetto alle loro competenze e abilità. A tale proposito, la comprensione della strada migliore da percorrere è fondamentale. I momenti in cui l'orientamento è necessario sono: la scelta dell'indirizzo di scuola secondaria di secondo grado; la scelta di una facoltà universitaria; la ricerca di un lavoro e la difficoltà nell'eventuale decisione di cambiarlo (Reid, 2006).

La svolta deve essere principalmente culturale; per cui l'apprendimento è un processo difficile, faticoso, ma non deve essere trasformato in incubo, in un giudizio di punizione.

Conclusioni

In questo capitolo si è evidenziato come un rapporto solido, positivo e pro-attivo da parte di tutti gli attori coinvolti- insegnanti, genitori, alunno con disturbi specifici dell'apprendimento e i clinici- sia alla base di una condizione di vita il più serena possibile per il soggetto con DSA. Il bambino con DSA non avrà una strada in discesa davanti a sé durante i suoi anni scolastici, però è compito delle figure che lo circondano cercare di non fargli affrontare situazioni, alle volte più grandi di lui, da solo. Gli interventi che possono promuovere l'autostima del soggetto con DSA nel quotidiano sono ad esempio la valorizzazione e l'elogio delle qualità caratteriali, della creatività. È bene formulare dei messaggi comunicativi che si focalizzino sulle risorse e non solo sulle difficoltà, bisogna focalizzarsi sull'impegno piuttosto che sui risultati delle prestazioni. A scuola bisogna che si creino dei momenti di condivisione di attività che non riguardino prettamente lo studio mnemonico e che coinvolgano le abilità di lettura, scrittura e calcolo; ad esempio, con la realizzazione di cartelloni con disegni e immagini.

Conclusioni

Questo studio ha cercato di rispondere alla domanda: “Quali effetti possono avere le difficoltà legate ai disturbi specifici dell’apprendimento sull’autostima degli studenti?” A tal proposito, è stata realizzata una ricerca in letteratura per meglio comprendere i vari disturbi dell’apprendimento, le cause e le conseguenze sul piano emotivo – relazionale e della motivazione scolastica, il percorso di diagnosi e prognosi. Gli effetti che il mancato riconoscimento in età scolare dei disturbi specifici dell’apprendimento possono avere sono disturbi legati all’aggressività e/o di carattere depressivo. Un bambino che si impegna nello studio e tuttavia riceve risultati negativi e addirittura ottiene punizioni, umiliazioni dai genitori a casa, si sentirà denigrato, non compreso e un fallimento. Queste situazioni non faranno altro che diminuire la sua autostima dato che percepirà come tutti i suoi sforzi non siano abbastanza efficaci per migliorare la sua situazione. Per sentirsi parte del gruppo dei pari, data la concreta possibilità di non essere accettato il soggetto con DSA mostrerà scarso interesse verso lo studio e l’istruzione piuttosto di ammettere e accettare la propria difficoltà. si farà classificare come svogliato.

In seguito, i disturbi internalizzanti di carattere depressivo sviluppati, sono spesso associati ad attacchi di ansia e di panico; i ragazzi possono inoltre riportare disturbi somatici dati dallo stress della scuola: il tutto rappresenta un rischio per il ritiro scolastico.

Per scongiurare un eventuale ritiro agli studi, un contributo può arrivare dal docente che deve cercare di stimolare l’apprendimento, conoscere le difficoltà specifiche dell’alunno, le caratteristiche personali, entrare in contatto con i suoi interessi con l’obiettivo di aiutarlo nell’apprendimento. Quotidianamente l’insegnante deve lavorare e continuare a ricercare nuovi metodi didattici alternativi - ad esempio organizzando le interrogazioni orali programmate oppure lasciare che gli studenti DSA adoperino il computer portatile per le verifiche scritte. Deve essere attento e sensibile alle dinamiche del gruppo classe. L’insegnante gioca un ruolo determinante nel sostenere l’autostima dei suoi allievi.

Un altro risultato dell’analisi condotta nel presente lavoro è l’importanza di un’alleanza con la famiglia. I genitori devono accettare le difficoltà del figlio e unirsi agli insegnanti al fine di lavorare verso una direzione comune che porti a risultati concreti stimolando continuamente la creatività e la curiosità dello studente.

Grazie a questo lavoro di ricerca è stato possibile analizzare le molteplici difficoltà che i ragazzi con i disturbi specifici dell'apprendimento incontrano nel loro lungo cammino educativo e sociale.

Riferimenti bibliografici

Antonelli, E. (2011). Self-favouring biases and driving: A comparison between male and female young Italian drivers. *Psicologia Sociale, 1*, 89–102.

Barriga, A. Q., Landau, J. M., Stinson, B., Liau, A. K., & Gibbs, J. F. (2000). Cognitive Distortion and Problem Behaviors in Adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 27*(1), 36–56.

Berti, A.E., & Bombi, A. S. (2018). *Corso di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino

Daloiso, M. (2009). la dislessia evolutiva: un quadro linguistico, psicolinguistico e glottodidattico. *Studi Di Glottodidattica, 3*(3), 25–43.

D'Amico, A. (2014). Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170: invito a un dibattito. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo, Rivista Quadrimestrale, 1*(1), 75–142.

De Beni, R. (2014). *Psicologia della personalità e delle differenze individuali*. Bologna: Il Mulino.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology 51* 665-697.

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Harvard: Harvard University Press.

Laghi, F., & Pallini, S. (2008). Self-esteem and personality's characteristics in adolescence. *Giornale Italiano Di Psicologia, 3*(3), 679–700.

Maggioni, P. (2018). *Disturbi specifici di apprendimento in famiglia. Esperienze e strategie per i genitori*. Padova: Libreriauniversitaria

Mason, L., & Arcaini, S. (2001). Motivazione all'impegno scolastico, attribuzioni causali e rendimento in studenti di scuola media e superiore. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo, 3*, 423–450.

Power, M. J. (1987). Cognitive theories of depression. *Theoretical foundations of behavior therapy, 235-255*.

Reid, G. (2006). *È dislessia!* Trento: Erickson

Reviews. (2011). *The Canadian Historical Review*, 92(4), 722–743.

Simonetta, E. (2021). *Trauma e disturbi di apprendimento: La diagnosi quale adattamento al trauma*. Roma. Armando Editore.

sinpia – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Consensus Conference. Disturbi specifici dell'apprendimento Disponibile in: <https://sinpia.eu/>

Vv, A. (2013). *Dislessia e altri DSA a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. Trento: Edizioni Erickson.

Sitografia:

www.miur.gov.it

Ringraziamenti

A conclusione dell'elaborato, desidero menzionare tutte le persone senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.

Un sentito ringraziamento va al mio relatore il Professore Cacciamani che mi ha seguito, con disponibilità e gentilezza, in ogni passo della realizzazione dell'elaborato, fin dalla scelta dell'argomento.

Non posso non ringraziare i miei genitori. Spero in futuro di rendervi sempre orgogliosi come in questo giorno speciale. Grazie a te mamma che con i tuoi consigli, con le tue parole dolci sono riuscita a concludere il mio percorso universitario, nonostante le molte difficoltà e i periodi difficili in cui sei stata tu la mia luce luminosa in un buio senza fine. Grazie di avermi sostenuto e sorretto, di aver creduto in me quando io pensavo di mollare, grazie perché senza di te questo percorso non ci sarebbe mai stato. A te papà, grazie, perché per quanto i nostri caratteri siano simili e difficili, so che hai sempre creduto in me, hai sempre voluto vedermi vincitrice e sono felice di aver raggiunto questo obiettivo a dimostrazione della tenacia che mi hai insegnato fin da piccolina.

Grazie a tutta la mia famiglia che da lontano ha seguito i miei passi e mi ha appoggiata e compresa. Un ringraziamento speciale a mia cugina per aver sopportato le mie mille giornate no e i miei continui momenti di sconforto. Grazie di esserti presa cura di me e di aver creduto in me.

Un grazie di cuore alla famiglia Formica. Mi avete accolta senza giudicare, mi avete insegnato a non mollare e che ad andare avanti con il sorriso e con la testa alta si riescono a superare le intemperie. Sono grata di avervi nella mia vita.

Grazie ai miei amici. Avete asciugato le mie lacrime quando pensavo di non farcela e avete gioito di cuore quando sono riuscita a raggiungere i miei obiettivi. Grazie di aver sempre avuto una parola di conforto in questo mio percorso, lungo, impegnativo e complicato.

Grazie a tutti quelli che hanno sempre creduto in me.

A me stessa auguro che questo traguardo possa incoraggiarmi a non mollare mai e a lottare sempre per quello in cui credo.

“A tutti coloro che hanno avuto un momento di debolezza, il dolore non dura per sempre, non lasciate che si prenda la parte migliore di voi.”

-J.A. Redermerski (Il confine dell'eternità)