



SCUOLA SUPERIORE PER MEDIATORI LINGUISTICI
(Decreto Ministero dell'Università 31/07/2003)

Via P. S. Mancini, 2 – 00196 - Roma

**TESI DI DIPLOMA
DI
MEDIATORE LINGUISTICO**
(Curriculum Interprete e Traduttore)

**Equipollente ai Diplomi di Laurea rilasciati dalle Università al termine dei
Corsi afferenti alla classe delle**

**LAUREE UNIVERSITARIE
IN
SCIENZE DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICA**

TITOLO DELLA TESI: “DSA: le difficoltà emotive e le metodologie d'intervento”

RELATORI:
prof.ssa Adriana Bisirri

CORRELATORI:
prof.ssa Luciana Banegas
prof.re Fabio Matassa
prof.ssa Maggie Paparusso

**CANDIDATA
GIORGIA IEVOLI 3152**

ANNO ACCADEMICO 2022__/20_23__

Al mio Angelo, mia cugina Elena

ti dedico il mio primo traguardo,

come se fosse il tuo.

A mia madre,

se io ancora oggi ho la forza

di continuare è soprattutto grazie a te,

che mi hai insegnato a non mollare

a non darla vinta a nessuno

e a combattere senza smettere mai.

SOMMARIO

INTRODUZIONE	9
1. APPRENDIMENTO DEI LINGUAGGI SCOLASTICI	11
1.1 I prerequisiti dell'apprendimento.....	13
1.2 Gli stadi dell'apprendimento	15
1.3 L'apprendimento di una lingua straniera e le difficoltà nel processo di memorizzazione.....	17
2. I DSA: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO.....	20
2.1. Inquadramento dei DSA	23
2.2. Valutazione e diagnosi	27
2.3 Dislessia: strategie didattiche da adottare	31
3. LE COMORBIDITÀ	34
3.1. I disturbi internalizzati ed esternalizzati	36
3.2. I risvolti emotivi	40
3.3. Le difficoltà emotive.....	44
4. L'INTERAZIONE CON IL SOGGETTO	48
4.1. Il caso clinico	49
4.2. L'intervento terapeutico.....	51
4.3. L'aspetto emotivo del paziente	54
CONCLUSIONI.....	57

SUMMARY

INTRODUCTION	61
1. THE LEARNING OF SCHOOL LANGUAGES.....	63
1.1. The pre-learning requirements	65

1.2. The stages of learning	66
1.3. The learning of a foreign language and difficulties in the process of memorization	68
2. SLD: SPECIFIC LEARNING DISABILITY	70
2.1 Classification of SLDs	72
2.2. Evaluation and diagnosis.....	74
2.3 Dyslexia: didactic strategies to adopt	77
3. THE COMORBIDITIES.....	78
3.1. Internalizing and externalizing disorders	79
3.2. The emotional implications.....	81
3.3. Emotional difficulties	82
4. INTERACTION WITH THE PATIENT.....	84
4.1. The clinical case	84
4.2. Therapeutic intervention	85
4.3. The emotional aspect of the patient.....	87
CONCLUSIONS	89

SUMARIO

INTRODUCCIÓN.....	92
1. EL APRENDIZAJE ESCOLAR	94
1.1 Prerrequisitos de aprendizaje	95
1.2. Las etapas del aprendizaje	97
1.3. El aprendizaje de una lengua extranjera y las dificultades en el proceso de memorización	99
2. T.E.A.: TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE....	101

2.1. Clasificación de los Trastornos Específicos del Aprendizaje	102
.....	
2.2. Evaluación y diagnóstico	105
2.3. Dislexia: estrategias didácticas	107
3. LAS COMORBILIDADES	109
3.1. Trastornos internalizantes y externalizantes	110
3.2. Las implicaciones emocionales	112
3.3. Dificultades emocionales	113
4. INTERACCIÓN CON EL PACIENTE	115
4.1. El caso clínico	115
4.2. Intervención terapéutica	116
4.3. El aspecto emocional del paciente	118
CONCLUSIONES	120

RESUMO

INTRODUÇÃO	122
INTERAÇÃO COM O PACIENTE	127
O caso clínico	128
RINGRAZIAMENTI	132
BIBLIOGRAFIA	138
SITOGRAFIA	140

***I DISTURBI SPECIFICI
DELL'APPRENDIMENTO: LE DIFFICOLTÀ
EMOTIVE E LE METODOLOGIE D'INTERVENTO***

SEZIONE ITALIANA

INTRODUZIONE

L'elaborato si inserisce in un ambito di ricerca che negli ultimi anni ha avuto una considerevole evoluzione, il tema trattato riguarda l'apprendimento e le difficoltà riscontrate nella prima fase di quest'ultimo. Bisogna pensare a quegli innumerevoli impedimenti che possono presentarsi nella prima fase della crescita e che, uniti a delle difficoltà insite nelle caratteristiche di un singolo individuo, concorrono all'insorgenza di un vero e proprio disturbo che rende il percorso di apprendimento pervaso di ostacoli.

In questo caso, si nota che "l'ostacolo" è rappresentato dai disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), che soprattutto in ambito medico-pediatrico, sono fenomeni molto frequenti. I sopra menzionati sono patologie del neuro-sviluppo che riguardano le abilità di lettura, scrittura e calcolo; inoltre, in questo studio si verrà a conoscenza del fatto che questi disturbi possono apparire anche associati tra loro.

Secondo l'Associazione Italiana Dislessia (AID) che ha condotto un notevole numero di ricerche, si stima che l'incidenza dei DSA sia all'incirca del 4%. È doveroso sottolineare che, al giorno d'oggi, esistono molti strumenti per riconoscere in tempo questo tipo di disturbi, i quali sono a disposizione sia alla famiglia del soggetto sia degli insegnanti presenti nel suo percorso educativo. Un bambino affetto da questa problematica risente non solo difficoltà nell'apprendimento scolastico ma riscontra anche una complicazione al livello dei processi di meccanizzazione delle

capacità di lettura, scrittura e calcolo. Quindi, si deduce che non si parla solo di complessità nel processo di apprendimento, ma anche di risvolto emotivo. L'autostima del soggetto interessato è compromessa, poiché colleziona insuccessi e momenti di sconforto, soprattutto quando si ritrova ad affrontare una situazione in cui si sente impotente e non riesce a raggiungere l'obiettivo. Per questa ragione, è necessario identificare in tempo tale disturbo. Di fatti, la fase cruciale consiste nell'individuazione dei "soggetti a rischio" con il fine di limitare i danni durante la crescita e di ridurre "le sconfitte" nel processo di apprendimento.

Il seguente lavoro si propone di analizzare dettagliatamente le fasi dell'apprendimento e di conoscere nello specifico i DSA e la conseguente classificazione.

Partendo dal presupposto che un disturbo non può essere considerato "isolato", si passerà poi alla descrizione delle difficoltà che insorgono e che ne sono strettamente dipendenti, con particolare attenzione alle difficoltà appartenenti alla sfera emotiva. In seguito, si illustreranno le principali metodologie d'intervento educativo e riabilitativo che caratterizzano la presa in carico di un individuo con DSA. Infine, all'interno dell'elaborato sarà presente un capitolo di natura sperimentale, interamente dedicato ad un soggetto specifico che presenta questo tipo di disturbi. Grazie all'aiuto di una TNPEE¹ sarà descritto percorso lavorativo da svolgere e le difficoltà risentite dal sottoposto.

¹ Acronimo di "Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva". Una figura professionale dell'area sanitaria che svolge attività di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione rivolte alle disabilità dell'età evolutiva (fascia di età 0 - 18 anni).

1. APPRENDIMENTO DEI LINGUAGGI SCOLASTICI

Nel contesto dell'istruzione scolastica, l'apprendimento del linguaggio riveste un ruolo di primaria importanza, di conseguenza, esso costituisce uno strumento essenziale per lo sviluppo cognitivo, comunicativo e culturale degli individui.

L'apprendimento dei linguaggi, nel processo di formazione scolastica, esplora l'influenza che tali conoscenze possono esercitare sul progresso degli studenti. Il contesto educativo rappresenta un terreno fertile per la crescita e per l'acquisizione di competenze linguistiche, che costituiscono la base fondamentale per il successo scolastico e per l'acquisizione di nuove abilità, quindi, anche per il contesto professionale.

I linguaggi, intesi come strumenti di comunicazione e rappresentazione del pensiero, assumono un ruolo centrale nell'ambito dell'educazione, di fatti, si nota che l'apprendimento è un processo attraverso il quale si acquisiscono nuove competenze. Nello specifico, gli apprendimenti scolastici sono intesi come le capacità di lettura, scrittura, abilità numeriche e di calcolo, quest'ultime richiedono l'impiego di diverse funzioni cognitive che devono essere impiegate per la risoluzione di diversi compiti.

L'abilità linguistica connessa agli apprendimenti scolastici è particolarmente legata alla corrispondenza tra il codice orale e quello scritto. Ad esempio, un soggetto durante un dettato dovrà essere in grado di riconoscere sia la parola intera sia i singoli fonemi presenti al suo interno, di seguito dovrà tenerli a mente e

tradurli in un codice scritto che rappresenta quei fonemi precedentemente ascoltati. Inoltre, è possibile osservare questa corrispondenza sia quando le abilità linguistiche e scolastiche appartengono ad un soggetto normotipo, sia quando sono compromesse.

Un disturbo primario del linguaggio, rilevato in età prescolare (3-5 anni), è considerato un fattore di rischio per un eventuale insorgenza di DSA; tuttavia, non rappresenta né la causa certa né una condizione necessaria, in quanto potrebbe presentarsi un problema esclusivamente nei processi di lettura, calcolo o scrittura che non dipendono dalle difficoltà nel corso delle primissime acquisizioni verbali.

Il vero ostacolo di un soggetto affetto da DSA, nella maggior parte dei casi, non consiste nel non “saper leggere”, bensì nell’automatizzazione alla base di questo processo. Se ne può dedurre, pertanto, che, se il processo di lettura o di scrittura non viene automatizzato, non faciliterà l’accesso a nuove conoscenze o competenze che trascendono da quest’ultimo. La stretta corrispondenza tra elaborazione linguistica e apprendimenti scolastici viene definita tramite delle specifiche competenze:

- competenze fonologiche e meta-fonologiche: descritto come il passaggio dal codice scritto a quello orale (e viceversa) garantito da una sequenza di suoni che possono essere assemblati;
- competenze morfologiche e sintattiche: struttura della lingua, scelte lessicali, vocabolario e la capacità di

riuscire ad acquisire informazioni tramite un testo scritto per ampliare le proprie conoscenze.

<<L'apprendimento è un tesoro che seguirà il suo proprietario ovunque>>

Proverbio cinese

1.1 I prerequisiti dell'apprendimento

I prerequisiti dell'apprendimento sono un insieme di funzioni, che il soggetto sviluppa prima della scuola primaria e che sono cruciali per un corretto processo di apprendimento. È fondamentale la valutazione dei prerequisiti, anche se non è assolutamente una diagnosi, poiché evita potenziali danni emotivi nella fase dell'insegnamento scolastico.

Tra i prerequisiti un aspetto fondamentale viene ricoperto dalle abilità meta-fonologiche, come spiegato pocanzi, in quanto rappresentano la capacità di percepire, riconoscere, elaborare e manipolare i suoni che costituiscono le parole. Lo sviluppo delle abilità meta-fonologiche, dunque, pone le basi per il linguaggio parlato, ma è importante evidenziare che costituisce un aspetto che viene affrontato prima delle scuole elementari.

Si è ritenuto opportuno, pertanto, descrivere cosa si intende per fonologia e meta-fonologia. La fonologia racchiude quell'aspetto del linguaggio legato al suono: nello specifico, i singoli suoni che compongono la parola vengono detti fonemi, di conseguenza, con questa materia non facciamo altro che combinare tra loro questi suoni. Mettendo insieme più fonemi (ad

esempio “ca” e “sa”) si forma la parola (“casa”), che in fonologia viene chiamato morfema, ossia un insieme di più fonemi. Si deduce che ogni parola, infatti, è costituita da almeno un morfema che sia dotato di significato.

Un esempio molto semplice, che descrive una possibile difficoltà riscontrata può essere il gruppo di parole “gatto-tatto” ove cambia un fono, di conseguenza, cambia la parola e soprattutto avviene un cambio di significato.

Un soggetto con una buona competenza meta-fonologica riesce a riconoscere la parola, perché riesce a percepire i singoli suoni, inoltre, è anche capace a scomporla effettuando una comune divisione in sillabe. La competenza meta-fonologica include anche la classificazione dei suoni in base a caratteristiche comuni, come le parole che rimano o le parole che iniziano con lo stesso suono.

Tali competenze sono fondamentali per l'apprendimento iniziale della lettura e della scrittura, inoltre altre abilità fondamentali sono la consapevolezza fonologica, il riconoscimento delle lettere, la denominazione rapida automatizzata, l'ampiezza lessicale, la comprensione morfosintattica, la memoria fonologica a breve termine e infine la discriminazione visiva e uditiva. Quest'insieme di competenze, pertanto, permettono al bambino di acquisire correttamente le abilità di lettura e scrittura.

Negli ultimi anni si sta scoprendo come i soggetti con DSA, oltre alle difficoltà meta-fonologiche, riscontrino problemi legati

alle Funzioni Esecutive (FE). Come sostiene Tim Shallice², il termine Funzioni Esecutive indica una serie di processi cognitivi che interagiscono tra loro per avviare pensieri e organizzare azioni funzionali al raggiungimento di uno scopo, fornendo al soggetto le abilità necessarie per gestire il proprio comportamento. Essi includono una varietà di processi cognitivi superiori, quali ad esempio la capacità di memorizzazione, la pianificazione, l'inibizione degli stimoli non utili.

1.2 Gli stadi dell'apprendimento

Come già accennato, l'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo è un processo complesso che coinvolge diverse abilità cognitive e linguistiche. Nel corso del tempo, numerosi studiosi hanno dedicato le loro ricerche a comprendere gli stadi di sviluppo di queste abilità e i fattori che ne influenzano l'apprendimento. In questo sotto capitolo, esploreremo i vari stadi dell'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo, facendo riferimento agli studi del 1985 di Uta Frith³ e di altri autori di rilievo nel campo.

Nel processo di apprendimento della lettura e della scrittura, sono presenti diverse fasi che sono interdipendenti tra loro e in cui esso matura progressivamente:

² Timothy Shallice, *From Neuropsychology to Mental Structure*, Neuropsicologia e Struttura della Mente, vol. 38 n°6, 1 edizione, Il Mulino, Bologna, 1990.

³Frith, U., *Beneath the surface of developmental dyslexia*, a cura di K.E. Petterson, J.C. Marshall e M. Coltheart, *Surface Dyslexia*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1985, pp. 301-330.

1. fase logografica: le parole vengono riconosciute come insiemi visivi, ossia la fase alfabetica in cui le parole vengono lette e scritte lettera per lettera;
2. fase ortografica: vengono applicate regole di trasformazione grafema-fonema ai gruppi di lettere;
3. la fase lessicale: la lettura avviene grazie al riconoscimento istantaneo delle parole. Anche gli studi condotti da Uta Frith nel 1985, dimostrano che nel caso della scrittura vi sono gli stadi apprendimento. Si passa, pertanto, dalla fase della scrittura preconvenzionale, caratterizzata da segni grafici senza corrispondenza fonetica, alla scrittura sillabica in cui vengono scritte solo alcune lettere per ogni sillaba riconosciuta e che il bambino riconosce a livello visuo-spaziale, in seguito passiamo alla scrittura sillabico-alfabetica in cui si riconosce un numero maggiore di suoni delle parole, fino alla scrittura alfabetica in cui viene riconosciuta la corrispondenza tra suoni e segni grafici.

Per quanto riguarda le abilità di calcolo, si sottolinea che le competenze lessicali, semantiche e sintattiche sono fondamentali per l'acquisizione dei numeri. Questi processi consentono di acquisire la denominazione numerica, comprendere il concetto di quantità e la relazione tra i numeri. Si deduce che, l'associazione quantità-numero e la comprensione della grammatica interna dei numeri permettono di sviluppare tali capacità. Le abilità iniziali di lettura, scrittura e calcolo descritte continuano a svilupparsi con il tempo, consentendo al bambino di produrre frasi e testi scritti e di analizzare testi scritti in termini di forma e contenuto. In

conclusione, l'apprendimento dei linguaggi costituisce un pilastro fondamentale dell'istruzione ed è per questa ragione, che questa fase risulta di vitale importanza nei soggetti che presentano DSA.

1.3 L'apprendimento di una lingua straniera e le difficoltà nel processo di memorizzazione

Il compito della memoria, in particolar modo quella di lavoro, è fondamentale per il processo di apprendimento di una lingua. Il profilo cognitivo di un soggetto con DSA riscontra una serie di difficoltà, per quanto concerne le abilità di memorizzazione; pertanto, come sostiene Reid⁴ l'apprendimento delle lingue da parte di questi studenti risulta essere un compito sostanzialmente complesso.

Comprendere al meglio quali sono gli ostacoli da affrontare per questi soggetti, è possibile solo tramite alcuni esempi specifici. Prima di tutto, è necessario, per quanto riguarda la memorizzazione di un fonema o di una regola grammaticale, presentare all'alunno un input verbale o in forma orale o in forma scritta, accompagnato da una serie di altri input, come ad esempio, una sequenza musicale o una successione di immagini.

Sulla base di questo di partenza, si attiverà uno stimolo e lo studente in maniera del tutto spontanea "azionerà" alcuni sensi (udito e/o vista), di fatti, questa attivazione viene definita sensoriale. Dunque, da qui si deduce che, se all'alunno sarà presentato una parola in forma orale sarà attivato il senso dell'udito, d'altro canto se gli venisse presentato sotto forma

⁴ Gavin Reid, *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*, 5th edition, Wiley, 2016.

scritta associata ad immagine, si attiverebbe il senso della vista. A questo punto, è chiaro che, questo metodo di insegnamento dell'utilizzo simultaneo risulta cruciale per assimilare ambedue le informazioni, suono e immagine. Anche per quanto riguarda la memoria di lavoro nei soggetti con questa patologia, l'apprendimento di una lingua straniera risulta essere un grosso vincolo.

La presenza di una scarsa memoria di lavoro comporta una difficoltà nell'assimilare fonemi linguistici molto affini tra loro, come succede nella lingua inglese. Inoltre, gli stessi potrebbero faticare ad indentificare fonemi che corrispondono a grafemi, ovvero lettere scritte.

È fondamentale prendere in considerazione determinate caratteristiche delle lingue, che possono facilitare o meno l'apprendimento di una lingua straniera come ad esempio: la "trasparenza/opacità" di trascrizione (grado di corrispondenza tra fonemi e grafemi); la "consistenza" (rapporto tra la pronuncia delle singole lettere e la rappresentazione di queste); la struttura sillabica e la sintassi. Si definiscono lingue "trasparenti", l'italiano e il tedesco poiché presentano una corrispondenza tra scritto e parlato. Contrariamente, il francese e l'inglese risultano possedere una bassa corrispondenza e vengono definite lingue "opache"⁵. La lingua italiana è trasparente perché presenta sia un'ortografia comprensibile che fonemi chiari.

⁵ A. Cardinaletti, F. Santulli, E. Genovese, G. Guaraldi, E. Ghildoni- *Dislessia e apprendimento delle lingue. Aspetti linguistici, clinici e normativi*, Erickson, Trento, 2014.

Per quanto riguarda l'apprendimento di una lingua straniera, si precisa, pertanto, che un soggetto con DSA non solo potrebbe riscontrare problemi di memorizzazione, inoltre potrebbe presentare difficoltà legate alla sfera emotiva.

Il seguente fenomeno è chiamato “ansia linguistica”⁶, uno stato ansioso che risulta essere molto frequente e, purtroppo, molti di questi studenti lo sperimentano durante interrogazioni o compiti in classe. È evidente che, questo status può interferire con il loro disturbo, di fatti, esattamente in questa situazione, lo studente si trova in un vortice di ansia e rassegnazione dovuto proprio ai “fallimenti” che colleziona quando, ad esempio, gli chiedono di leggere un testo in lingua inglese o quando gli chiedono di ripetere una parola in tedesco. Senza dubbio, un altro fattore da tenere in considerazione è l'impotenza appresa, anche esso uno stato di ansia in cui ci sente, per l'appunto, impotenti. Si arriva alla conclusione che, nel caso specifico dell'apprendimento di una lingua straniera, lo studente con DSA che si trova a vivere continui fallimenti potrebbe pensare di non essere in grado imparare un altro idioma, proprio a causa del suo disturbo.

⁶ E. Pierchuska-Kuciel, Language anxiety in secondary grammar school students, Opole University Press, Opole, 2008.

2. I DSA: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

<<La cosa importante non è tanto che ad ogni bambino debba essere insegnato, quanto che ad ogni bambino debba essere dato il desiderio di imparare.>>

(John Lubbock)

Nel 1968 Samuel Alexander Kirk, un noto educatore e psicologo americano, per la prima volta nella storia utilizza l'espressione *learning disabilities* per indicare i disturbi dei processi di lettura, scrittura, calcolo e le capacità di interazione sociale, non imputabili primariamente a patologie neuromotorie, cognitive, psicopatologiche e/o sensoriali, definibili in base al mancato raggiungimento di criteri attesi di apprendimento in bambini normalmente scolarizzati, rispetto alle potenzialità del soggetto.⁷ Successivamente sempre nel 1968, l'ente federale United States Department of Education⁸ conia il neologismo *Specific Learning Disabilities*, ovvero Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

È risaputo che in Italia, solo dopo 40 anni, sono stati riconosciuti i DSA. Di fatti, proprio a partire dall'8 ottobre del 2010 con l'avvento della legge n°170, "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico", vengono

⁷ Cornoldi C. I disturbi dell'apprendimento, Il Mulino, Bologna, 1991.

⁸ "United States Department of Education": Dipartimento dell'Istruzione degli Stati Uniti d'America. Dicastero del governo federale statunitense che si occupa delle politiche educative.

riconosciuti tali disturbi e pubblicati in seguito sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n° 244 del 18 ottobre 2010, la quale si rifà completamente alla Classificazione Internazionale ICD-10⁹ dell'Organizzazione mondiale della sanità.

La seguente classificazione descrive molto chiaramente le caratteristiche di questi disturbi, nei quali le modalità di acquisizione delle capacità in questione sono alterate già nelle fasi iniziali dello sviluppo. Si sottolinea che, essi non sono conseguenza di una mancanza di opportunità di apprendere e non sono dovuti ad una malattia cerebrale acquisita. Piuttosto, si ritiene che i disturbi derivino da anomalie nell'elaborazione cognitiva legate in larga misura a qualche tipo di disfunzione biologica¹⁰.

Sicuramente, tale evento ha comportato un significativo cambiamento per quanto riguarda l'approccio didattico per i disturbi dell'apprendimento, tuttavia, oltre alle misure dispensative e agli strumenti previsti nella normativa, non è da svalutare il contributo delle terapie riabilitative e la gestione e "connessione" tra famiglia- docenti e terapisti. Oramai, è sempre più evidente l'interesse e la mobilitazione per i DSA.

È noto, che persisteva la necessità di identificare tali disturbi e di trarre i vantaggi positivi di una diagnosi condotta in tempi brevi. Senza alcun dubbio, di fatti, la diagnosi precoce è riuscita a prevenire, nella maggior parte dei casi, ripercussioni negative sia

⁹ Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati/International Classification of Disease.

¹⁰ ICD-10, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1992.

per l'ambiente scolastico che, per quanto riguarda le componenti psico-affettive del soggetto.

Inoltre, bisogna tenere in considerazione l'età del soggetto interessato, poiché potrebbe trattarsi di un semplice cambiamento del rendimento scolastico. Questo tipo di variazioni sono a carattere transitorio, di fatti, possono esprimere un fisiologico disagio temporaneo. I DSA sono disturbi la cui espressività si modifica in relazione all'età e alle richieste ambientali, manifestandosi con caratteristiche diverse nel corso dell'età evolutiva e delle fasi di apprendimento scolastico¹¹.

Tali disturbi vengono definiti "specifici" poiché interessano uno specifico dominio di abilità in modo significativo, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale, in soggetti con QI (quoziente intellettuale) uguale o superiore alla media.

Dunque, i programmi di prevenzione e di screening hanno permesso la diffusione della conoscenza del disturbo e l'attuazione di interventi mirati a contenere le condizioni generali di rischio associati alla presenza del DSA, come l'insuccesso e l'abbandono scolastico, i disturbi dell'attenzione e una scarsa componente motivazionale, che rilevati in breve tempo (soprattutto nel contesto scolastico), potrebbero "occultare" un DSA non riconosciuto e, di conseguenza, non adeguatamente trattato. Nel corso degli ultimi anni, inoltre, l'interesse si è espanso coinvolgendo sia gli adolescenti che gli adulti.

¹¹ Consensus Conference, Disturbi specifici dell'apprendimento, Roma, 6-7 dicembre 2010.

2.1. Inquadramento dei DSA

I disturbi dell'apprendimento sono condizioni che possono influire sulla capacità di una persona di acquisire e utilizzare abilità accademiche fondamentali, nonostante un'adeguata intelligenza e opportunità di apprendimento. In aggiunta, le patologie che vengono classificate come DSA, da parte dell'ICD-10 e del DSM-IV¹², sono: la dislessia evolutiva, la disortografia, la disgrafia e la discalculia. È di fondamentale importanza, intendere le singole caratteristiche di ciascun disturbo, per comprendere, in seguito, le eventuali metodologie d'intervento:

- disturbo della lettura (dislessia): questo disturbo si manifesta con difficoltà nella lettura e nel riconoscimento delle parole. Le persone con dislessia possono avere difficoltà a decodificare le parole, ovvero a riconoscere e a collegare i suoni delle lettere (fonemi) con i simboli scritti corrispondenti (grafemi), ciò comporta errori nella fase di lettura e soprattutto leggere diventa lento e faticoso. Di fatti, le persone con dislessia leggono ad una velocità inferiore rispetto ai loro coetanei e possono avere difficoltà a mantenere fluidità in questo determinato processo. Compiono pause frequenti, commettono errori di lettura e mostrano una scarsa comprensione del testo. Inoltre, è proprio la comprensione del testo che essendo così difficile

¹² Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Biondi M., Cortina Raffaello editore, 2014), noto anche con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca, redatto dall'*American Psychiatric Association*.

per tali soggetti, comporta una scarsa memoria per ciò che viene letto e la quasi totale incapacità di intendere e trarre il significato. La dislessia evolutiva può variare in gravità e può essere presente sia nell'età scolare che in età adulta. È importante sottolineare che la dislessia non è causata da mancanza di intelligenza, mancanza di impegno o carenze educative. Si ritiene che sia associata a una base neurobiologica, con possibili cause genetiche e fattori ambientali che influenzano lo sviluppo del cervello e le abilità di lettura. Questo disturbo è probabilmente dovuto ad una difficoltà nel processo di automatizzazione¹³;

<<La vita di un artista è per molti versi simile a quella di un dislessico. È nella natura di entrambi rendere il creatore una vittima, facendone un escluso e un disadattato. Se non fosse stato per la mia lotta con la dislessia, dubito che sarei mai diventato scrittore o che avrei mai saputo insegnare agli altri a scrivere>>.

Philip Schultz¹⁴, discorso premio Pulitzer

- disturbo della scrittura (disgrafia): intesa come capacità grafico-motoria, nello specifico riguardante le difficoltà riscontrate nell'espressione scritta. Ecco alcune

¹³ Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania, articolo *"Disturbi Specifici dell'Apprendimento"* di Sabina Lauria e Agata Fiumara, pubblicazione a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale sulla rivista IL CADUCEO, 2014.

¹⁴ Philip Schultz, poeta, nato nel 1945, Rochester. Fu il vincitore del premio Pulitzer nel 2008.

caratteristiche tipiche della disgrafia: la scrittura illeggibile, dal momento che è molto comune possedere una scrittura difficilmente leggibile o confusa. I soggetti possono avere difficoltà a formare lettere in modo accurato e coerente. In aggiunta, un altro grosso problema si verifica per quanto riguarda la grafia che risulta essere irregolare, disordinata, mancante di un corretto allineamento, di una precisa spaziatura e con dimensioni eccessive. Il disturbo della disgrafia, inoltre, può influire sulla grammatica e sull'ortografia. Possono presentarsi difficoltà di punteggiatura, sintassi e organizzazione coerente dei periodi;

- disturbo del calcolo (discalculia): questo disturbo comporta la difficoltà nel comprendere e utilizzare i numeri e i concetti matematici. Le persone con tale disturbo possono presentare un'altra serie di caratteristiche specifiche, come ad esempio, una scarsa comprensione dei numeri e della relazione che intercorre tra essi. Oltre a ciò, il vero impedimento risulta essere l'esecuzione di operazioni matematiche. La complessità risiede anche nel concetto di operazioni di base come l'addizione, la sottrazione, la moltiplicazione e la divisione. Possono commettere errori nella memorizzazione delle tavole di moltiplicazione e avere difficoltà nel ricordare le procedure e gli algoritmi matematici. Un'altra difficoltà è il riconoscimento dei simboli, che molto spesso non vengono individuati o addirittura confusi tra loro. Tuttavia, si è arrivati alla conclusione, che è

proprio nella quotidianità che risiedono le maggiori difficoltà, basti pensare alla gestione del denaro o la semplice azione di controllare l'orologio;

- disturbo della disortografia: in sostanza quando viene compromessa l'abilità di codifica fonologica e competenza ortografica, di conseguenza, le persone affette da questo disturbo presentano difficoltà persistenti e significative per quanto riguarda l'ortografia corretta delle parole. Queste "complicazioni" possono manifestarsi in vari modi, come ad esempio, la presenza di errori ortografici poiché le persone affette da tale disturbo possono commettere errori ortografici frequenti e inconsistenti. Inoltre, possono avere difficoltà a ricordare le regole ortografiche, a riconoscere le sequenze di lettere corrette o a applicare le regole di corrispondenza tra suoni e grafemi. Un ulteriore ostacolo può essere rappresentato dalla segmentazione dei suoni, dal momento che risulta complesso scomporre le parole in suoni individuali (segmentazione fonemica), un processo fondamentale per l'apprendimento della corretta ortografia delle parole. In aggiunta, vi è la memorizzazione ortografica, una consistente difficoltà della memorizzazione riguardante la corretta ortografia delle parole oppure possono esserci problematiche con la sintassi e la punteggiatura.

Tuttavia, è cruciale sottolineare che questi disturbi possono variare in gravità da persona a persona e possono essere presenti contemporaneamente in un individuo (ad esempio, una persona può avere sia dislessia che disgrafia).

È importante, in conclusione, comprendere che i disturbi dell'apprendimento non sono causati da deficit intellettivi, da mancanza di impegno o da carenze educative, bensì si tratta di condizioni neurobiologiche che richiedono strategie di intervento e supporto adeguati, in modo da consentire ai soggetti di apprendere in modo efficace.

2.2. Valutazione e diagnosi

Il principio fondamentale per stabilire e formulare la diagnosi di un DSA risiede nel concetto di discrepanza tra le abilità del dominio interessato e l'intelligenza generale, definito questo principio, è cruciale tenere conto dell'utilizzo di test standardizzati (per valutare intelligenza generale e abilità specifica), per escludere menomazioni sensoriali, disturbi emotivi e situazioni di scapito riguardanti l'ambiente socioculturale di appartenenza.

Tuttavia, è doveroso prestare la massima attenzioni anche alle differenze etnico-culturali per evitare il rischio di falsi positivi o viceversa. La Consensus Conference di Milano¹⁵ del 26 gennaio 2007 ha definito il principio della discrepanza in questo modo:

- l'abilità specifica deve risultare inferiore a -2ds (-2 deviazioni standard) rispetto ai valori normativi previsti per l'età o la scolarità di riferimento;
- il livello intellettivo deve essere nei limiti di norma rispetto ai valori medi attesi per l'età, vale a dire un QI inferiore a 85.

¹⁵ La Consensus Conference Disturbi evolutivi specifici di apprendimento è un documento stilato e approvato a Montecatini Terme il 22 e 23 luglio 2006 e a Milano il 26 gennaio 2007, dall'Associazione Italiana Dislessia (AID) e da numerose società scientifiche, nonché associazioni di ambito interdisciplinare sul tema dei DSA.

Sapendo che un soggetto normale in media presenta un QI compreso tra 85 e 90, si intende che, con un QI superiore o uguale a 85 si identifica un DSA, d'altro canto, con QI intorno ai 70 si identifica un ritardo mentale. In altre parole, un soggetto per essere certificato, deve avere un quoziente intellettivo nella norma. Inoltre, è opportuno ricordare che, DSM-IV e ICD-10 considerano determinati parametri per formulare la diagnosi, tra i quali: accuratezza nel processo di decodifica, velocità e comprensione del testo.

La procedura diagnostica comprende due processi distinti: la diagnosi funzionale, che valuta il livello di compromissione del disturbo e la diagnosi clinica, formulata in base ai criteri diagnostici di inclusione ed esclusione.

Come si è detto, pocanzi, la diagnosi di un disturbo specifico dell'apprendimento coinvolge una valutazione completa e multidisciplinare e viene condotta da una serie di professionisti specializzati tra cui il medico di base, insegnanti, psicologi, logopedisti e neuropsicomotricisti. Il processo diagnostico si riassume nelle seguenti fasi:

1. rilevamento precoce: solitamente, la diagnosi dei DSA inizia con il rilevamento precoce, che coinvolge l'identificazione di possibili segnali come mancanza di attenzione, iperattività, ansia da prestazione e ritardo del linguaggio. Questi segnali possono essere rilevati sia nel contesto casalingo, sia da educatrici e insegnanti che, prontamente si mettono in

contatto con la famiglia e il medico di base per condividere tali informazioni e procedere con le eventuali osservazioni;

2. valutazione iniziale: se sussistono tali preoccupazioni e se queste caratteristiche sono presenti in tutti i contesti dell'individuo, si richiede una valutazione iniziale condotta da professionisti qualificati come psicologi, psichiatri o pediatri specializzati nei DSA. Durante questa fase, vengono raccolte informazioni sulla storia dello sviluppo, il comportamento sociale e comunicativo, vengono escluse altre possibili cause dei sintomi osservati quali ritardo mentale o altri disturbi del neuro sviluppo;

3. valutazione multidisciplinare: condotta in seguito alla seconda fase, iniziano i test standardizzati per la valutazione delle difficoltà di apprendimento. Si parte con la valutazione delle Funzioni Esecutive (attenzione, memoria) per poi andare ad indagare sulla lettura, scrittura e abilità di calcolo. Questa valutazione coinvolge diversi professionisti come psicologi, logopedisti e altri specialisti, a seconda delle necessità del singolo individuo. È importante sottolineare come tali test sull'apprendimento sono lingua-specifici, ossia cambiano da nazione in nazione. Alcuni test, per la poca standardizzazione, vengono adattati in lingua italiana per permettere una valutazione che sia più efficiente e accurata.

4. esclusione di altre condizioni: durante il processo diagnostico, è importante escludere altre condizioni mediche che potrebbero causare sintomi simili a quelli del DSA. Ciò può richiedere consulti con specialisti medici, come neurologi o genetisti, per identificare o escludere altre possibili cause. Tra questi ricordiamo anche l'esordio di comportamenti strettamente legati al contesto in cui si esplicita la difficoltà, come ad esempio situazioni di bullismo scolastico;

5. diagnosi e formulazione del profilo: alla luce dei risultati della valutazione multidisciplinare e dopo aver escluso altre condizioni, i professionisti formulano una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Inoltre, è possibile che venga fornita una formulazione del profilo, che descrive le aree di forza e di debolezza di un individuo, con lo scopo di fornire indicazioni per l'intervento e il supporto.

Pertanto, si è arrivati alla conclusione che la diagnosi di un DSA è un processo complesso che richiede una valutazione accurata e approfondita da parte di professionisti esperti. Oltretutto, è importante consultare un team multidisciplinare specializzato nel campo, con il fine di ottenere una diagnosi precisa e per sviluppare un piano di intervento personalizzato.

2.3 Dislessia: strategie didattiche da adottare

<La dislessia non è altro che non-conformismo, l'essenza stessa della diversità>

Philip Schultz

La dislessia è il disturbo dell'apprendimento più comune e viene diagnosticato con un'incidenza maggiore, di fatti, rispetto ai dati forniti dal Ministero dell'Istruzione, risulta che in Italia siano presenti ben 177.000 alunni con diagnosi certificata. Secondo la classificazione delle dislessie, Bakker¹⁶ sostiene che esistono ben tre tipi di quest'ultime.

La prima, di tipo P, è la “dislessia percettiva” caratterizzata da una lettura lenta con errori abbastanza ricorrenti, in questo caso, l'emisfero sinistro possiede uno “scarso” coinvolgimento ed è, pertanto, sotto attivato. D'altro canto, vi è il secondo tipo, ovvero il tipo I, detto “dislessia linguistica” definito da una lettura rapida ma scorretta caratterizzata da errori specifici, in questo caso l'emisfero destro possiede uno “scarso” coinvolgimento. L'ultimo caso, di tipo M, è chiamato “dislessia mista”. Quest'ultimo si contraddistingue per la “combinazione” di lettura lenta ed errori frequenti, entrambi gli emisferi sono sotto attivati e senza alcun dubbio, è questa la tipologia più diagnosticata. In seguito ad un'attenta analisi riguardante le tipologie esistenti di questo DSA,

¹⁶ D. Bakker, *La dislessia vista di lato*, a cura di G. Stella, *La dislessia. Aspetti clinici, psicologici e riabilitativi*, Franco Angeli, Milano, 1996, pp. 105-118.

è doveroso comprendere quali sono le strategie didattiche da acquisire.

L'identificazione di quest'ultime consiste nella fase principale e cruciale del compito di un professionista, insegnare agli alunni con dislessia è una vera e propria sfida¹⁷. Intendere il "diverso" è sempre difficile, trasformarlo in un punto di forza è l'obiettivo. La prima strategia, potrebbe essere quella di utilizzare un registratore, dato che, le difficoltà principali risiedono proprio nel processo di lettura.

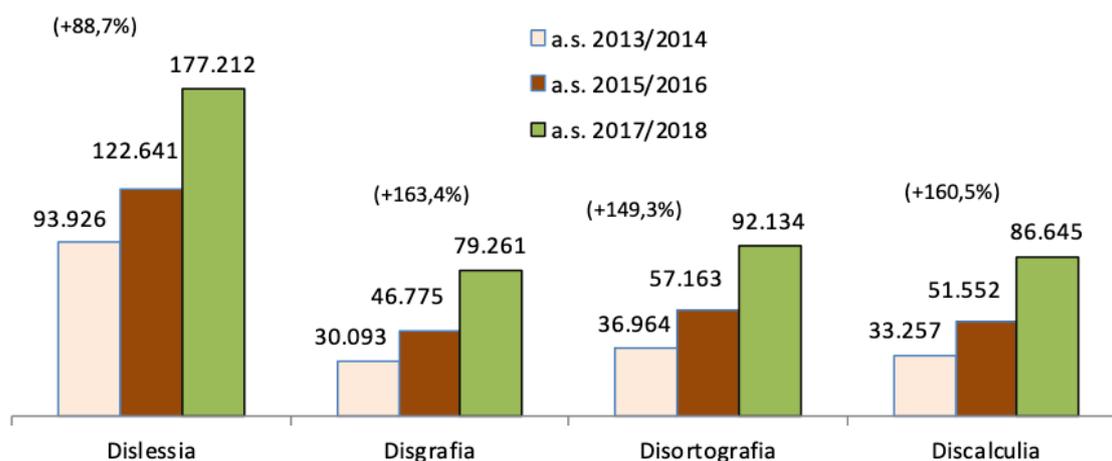
Inoltre, anche sottolineare le informazioni chiave all'interno di un compito potrebbe essere un altro metodo utile, poiché l'ostacolo risiede nell'individuare le linee guida fondamentali. In aggiunta, anche programmare attività pratiche, che sono quelle che aiutano maggiormente lo studente con disturbo specifico dell'apprendimento, è sicuramente un aiuto. Si deduce che, possedere una routine giornaliera ben definita, è altrettanto importante proprio per non scombussolare i ritmi dell'alunno.

È doveroso sottolineare che esistono altri tre tipi di strategie da adottare, utilizzate per la maggior parte nelle scuole di ogni ordine e grado: accostamento di informazioni verbali e visive, come ad esempio gli opuscoli; uso delle tecniche di memorizzazione delle parole chiave, che possono facilitare il lavoro; ripasso delle attività giornaliere e conseguente accostamento con le attività svolte in precedenza. Dunque, comprendiamo che le difficoltà maggiormente riscontrate dallo studente dislessico, sono quelle

¹⁷ Dottor Tommaso Carlesi, Psicologo e Psicoterapeuta.

fonologiche (nel processo di combinazione tra grafemi e rispettivi fonemi) e quelle ortografiche.

Grafico 2 - Alunni con DSA per tipologia di disturbo - confronto aa.ss. 2013/14 - 2015/16 - 2017/18



Nota: sono considerate la scuola primaria, secondaria di I grado e secondaria di II grado

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole

¹⁸ Grafico del Miur-DGCASIS- Ufficio Gestione Patrimonio e Statistica- Rilevazioni sulle scuole che rappresenta l'insorgenza dei differenti tipi di DSA dall'anno scolastico 2013 fino al 2018.

3. LE COMORBIDITÀ

In ambito medico, comorbidità è un termine utilizzato per indicare l'insorgenza contemporanea di patologie differenti, presenti per uno stesso individuo. Nello specifico, quest'espressione può riferirsi a due o più patologie presenti, che però non sono dipendenti l'una dall'altra oppure può riferirsi a disturbi o malattie che insorgono in un secondo momento rispetto alla diagnosi della patologia di fondo.

Inoltre, in ambito sanitario, questo vocabolo è detto anche "comorbilità", in sostanza il significato è esattamente lo stesso del termine descritto in precedenza. Di fatti, per "Comorbilità" e "Comorbidità" gli esperti intendono quel fenomeno per cui in una persona sono presenti due o più disturbi di origine diversa¹⁹. Non è facile individuare la presenza di queste patologie, per formulare una diagnosi, di fatti, è necessario identificare i sintomi o i comportamenti specifici di una patologia. Tuttavia, è un processo complesso poiché i sintomi potrebbero essere simili a quelli di un altro disturbo.

Nel campo dei DSA, come già spiegato nei capitoli precedenti, si parla di comorbidità quando questi disturbi coesistono nello stesso paziente. I disturbi specifici dell'apprendimento, dunque, possono essere in comorbidità anche con altri disturbi di sviluppo quali i disturbi di linguaggio, disturbi di coordinazione motoria, disturbi dell'attenzione, i disturbi

¹⁹ Articolo: *Comorbidità o Comorbilità: definizione dell'Apprendimento*, pubblicato sul blog educativo "Connettiti alla Psicologia" a cura della dott.ssa Serena Costa, 6 marzo 2012.

emotivi e del comportamento²⁰. Tali patologie vengono definite disturbi psicopatologici, di conseguenza, si viene a conoscenza del fatto che un DSA può essere associato ad un disturbo psicopatologico.

Un soggetto potrebbe avere difficoltà di lettura ma potrebbe presentare anche difficoltà motorie di coordinazione, esattamente in questo caso si parlerà di “dislessia con disturbo della coordinazione motoria”.

D’altro canto, spesso si guarda esclusivamente il DSA perché è più semplice da osservare in termini pratici, a differenza di un disturbo psicopatologico che potrebbe sottintendere un certo genere di difficoltà. È risaputo, che un disturbo in comorbidità non solo è più difficile da diagnosticare ma anche da trattare.

Ci sono casi in cui, tale disturbo, grazie al trattamento, tende a rientrare e determina un conseguente miglioramento degli apprendimenti. In conclusione, è per questa ragione che, quando si parla di valutazione e diagnosi di un disturbo specifico dell’apprendimento, è doveroso tener conto anche della connessione e dell’interazione delle altre aree annesse al funzionamento dell’individuo e non esclusivamente a quella degli apprendimenti.

²⁰ Articolo: *Comorbidità nei Disturbi Specifici dell’Apprendimento*, pubblicato sul blog educativo “Connettiti alla Psicologia” a cura della dott.ssa Serena Costa, 23 marzo 2014.

3.1. I disturbi internalizzati ed esternalizzati

In generale, vengono caratterizzati due tipi di disturbi psicopatologici che possono associarsi ai DSA: i disturbi internalizzati e i disturbi esternalizzati.

Tali disturbi psicologici differiscono per la modalità in cui sintomatologia e comportamenti si manifestano nel soggetto. I disturbi internalizzanti si caratterizzano per sintomi e comportamenti che sono principalmente rivolti verso l'interno del soggetto e che quindi sono meno visibili rispetto a chi li "osserva", generando un disagio e un malessere interiore. Questi disturbi, pertanto, coinvolgono principalmente la sfera emotiva e il versante cognitivo dell'individuo. Inoltre, i sopramenzionati vengono definiti anche "disturbi di chiusura", poiché sono strettamente collegati alla chiusura e/o ritiro sociale, i quali comportano una scarsa autostima e provocano autosvalutazione. La paura del giudizio altrui è costante, come d'altro canto, lo sono anche le lamentele e i dolori fisici che però non sono reali, bensì sono provocati da un forte disagio psicologico.

Pertanto, i disturbi internalizzati sono suddivisi in questo modo: disturbi d'ansia, disturbi d'umore e disturbi somatoformi (quando il soggetto somatizza un disagio psichico). Tuttavia, quelli maggiormente riscontrati sono i disturbi d'ansia, caratterizzati da rimuginio, momenti di sconforto, cattiva interpretazione di segnali (fisici e non), ansia incontrollata in determinate situazioni e ipersensibilità.

In aggiunta, fanno parte di questa categoria anche il disturbo di panico, le fobie specifiche, il disturbo d'ansia sociale; anch'essi rappresentati da un'ansia persistente. Si sottolinea che, le persone affette da questi disturbi possono sperimentare sensazioni croniche, paura intensa, attacchi di panico e un senso generale di apprensione. Inoltre, in molti casi la sintomatologia può interferire con la quotidianità e causare notevoli disagi.

I disturbi dell'umore includono il disturbo depressivo maggiore e il disturbo bipolare. Nel disturbo depressivo maggiore, le persone sperimentano un sentimento di tristezza profonda, mancanza di interesse o piacere nelle attività, cambiamenti dell'appetito e del sonno, stanchezza, sensi di colpa, bassa autostima e pensieri suicidi. Nel disturbo bipolare, peraltro, si alternano episodi di umore depresso con episodi di euforia (mania) o ipomania²¹. Questi disturbi influenzano notevolmente la qualità della vita e il funzionamento globale della persona.

Infine, il disturbo somatoforme è caratterizzato da differenti sintomi fisici generalmente di natura cronica, caratterizzati da una certa sofferenza, preoccupazione e una notevole difficoltà per quanto riguarda lo svolgimento delle attività giornaliere. Il soggetto interessato si sofferma sui sintomi, in modo eccessivo e passa la maggior parte del suo tempo a preoccuparsi per la sua salute e nella maggior parte dei casi, si diagnostica patologie che non presenta.

²¹ L'ipomania è una tendenza a parlare in modo veloce e generalmente più del solito, producendo idee e pensieri caotici o talvolta senza senso.

D'altra parte, si nota che i disturbi esternalizzanti non solo sono più semplici da determinare ma si caratterizzano per sintomi e comportamenti che sono principalmente rivolti verso l'esterno, creando disagio in ambito sociale e comportamentale. Tali disturbi coinvolgono spesso un'incapacità a gestire le emozioni in modo adeguato e possono causare problemi nel rapporto con gli altri. In questa categoria vi sono i disturbi da comportamento dirompente, come il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta.

Nel caso del disturbo oppositivo-provocatorio, i bambini manifestano un comportamento sfidante, disubbidiente, irritabile e spesso tendono ad opporsi rispetto alle richieste degli adulti. Di fatti, tra i comportamenti messi in atto ci sono la violazione delle regole, attacchi di rabbia, il polemizzare con gli adulti, l'uso di parolacce, il disturbare, l'attribuire ad altri le cause dei propri comportamenti, umore negativo e irritabilità²².

Invece, per quanto concerne il disturbo della condotta, i bambini o gli adolescenti mostrano comportamenti antisociali, come aggressività verso persone o animali, distruzione di proprietà altrui e violazione e conseguente non rispetto delle regole sociali. Un altro disturbo appartenente a questa categoria è il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)²³, ossia un disturbo neuro evolutivo che si manifesta durante l'infanzia, si mantiene durante lo sviluppo e può persistere anche nell'età adulta.

²² Kaufman, J. et al. (2016) K-SADS-PL DSM-5. Yale: Yale University. Trad. it. K-SADS-PL DMS-5. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson, 2018.

²³ Attention Deficit Hyperactivity Disorder, "Disturbo da deficit di attenzione e iperattività".

Esso si caratterizza per la presenza di sintomi come la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività che interferiscono costantemente con la vita del soggetto che ne è affetto.

Inoltre, uno dei sintomi dell'ADHD può essere rappresentato dalla difficoltà nell'organizzazione e nella gestione del tempo, di fatti, è cruciale evitare attività che richiedono uno sforzo mentale prolungato o supportare tali soggetti nell'organizzazione del compito stesso. Un'altra caratteristica di questo disturbo è rappresentata dalla tendenza di smarrire oggetti richiesti per specifiche attività.

L'iperattività è un forte disagio provocato dall'ADHD, poiché i bambini non riescono a stare fermi e tranquilli e riscontrano difficoltà nel cambiare il loro atteggiamento. I soggetti in questione, sono sempre alla ricerca di attenzioni, perdono le cose, sono disorganizzati e sempre in movimento, hanno difficoltà ad andare d'accordo con fratelli e sorelle e si sentono facilmente frustrati. In connessione ai DSA, è risaputo che l'ADHD per le sue caratteristiche incide fortemente sulla concentrazione del soggetto durante gli apprendimenti, generando un quadro in cui si ha non solo la difficoltà nella lettura, ma si associa anche una difficoltà nel restare seduti, nel portare al termine il compito, nella concentrazione, che influenza ampiamente le prestazioni dell'individuo.

Non raramente, infatti, accade che un soggetto con questa comorbidità perda anche la motivazione e che si ritiri dinanzi agli apprendimenti, diventando evitante e talvolta perfino oppositivo.

Affinché sia possibile diagnosticare il disturbo, i deficit devono avere un impatto significativo sui principali ambiti di vita del bambino o dell'adolescente²⁴.

In conclusione, non è facile determinare o distinguere tali disturbi, è sempre importante rivolgersi ad uno specialista, tuttavia, se si riesce a lavorare su questi disturbi (in particolar modo quelli esternalizzati) è noto che, si riesca a recuperare il rendimento scolastico e migliorare le fasi di apprendimento.

3.2. I risvolti emotivi

<<Quando perdiamo il diritto di essere differenti, perdiamo il privilegio di essere liberi>>.

Charles Evans Hughes²⁵

I risvolti emotivi per un bambino affetto da DSA possono variare a seconda delle esperienze individuali, dell'età, del supporto sociale e degli interventi ricevuti.

I suddetti risvolti emotivi sono consequenziali alle difficoltà di apprendimento, in sostanza, il soggetto non parte già sconfitto ma lo diventa di conseguenza. In seguito ad una lettura faticosa, una scrittura poco fluida e un calcolo eseguito in maniera errata, il bambino subisce un vero e proprio crollo.

²⁴ Di Pietro & Bassi, *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento, Erickson, Roma, 2021.

²⁵ Charles Evans Hughes (Glens Falls, 11 aprile del 1862 - Osterville, 27 agosto del 1948) fu un giurista e politico statunitense.

Questo aspetto, tuttavia, non è collegato all'insorgenza delle comorbidity dove, nella maggior parte dei casi, il DSA va ad associarsi come effetto secondario. Nello specifico, è definito come una fase successiva poiché i risvolti emotivi insorgono successivamente, dopo che il soggetto ha avuto la possibilità di esperire. Per l'appunto, la complessità nelle fasi di apprendimento nei processi di lettura, scrittura e calcolo porteranno il soggetto, a differenza dei suoi coetanei, ad un'alta probabilità di insuccesso che si trasformerà pian piano in un'esperienza di insuccesso.

A tale insuccesso seguiranno una serie di giudizi negativi da parte dei coetanei, che, di certo, avranno un peso differente rispetto a quello di un'insegnante che tenderà a correggere unicamente per assistere e coadiuvare il soggetto. I compagni che lo circondano, da questo punto di vista, non possiedono "filtri" e deridono il bambino in difficoltà. Essi sono spinti, in primo luogo, da una sorta di timore del "diverso" e in secondo luogo, sono mossi dalla non consapevolezza della diagnosi.

Si viene a conoscenza del fatto che, le fasi di apprendimento sono cruciali non solo per l'attività in sé, tuttavia, lo sono soprattutto per il cosiddetto processo di aggregazione tra studenti, che in quel preciso momento approcciano per la prima volta con i loro coetanei.

Di conseguenza, un soggetto con DSA risconterà problemi di bassa autostima, che nella fase precedente risultava già inficiata dalla probabilità e dell'esperienza di insuccesso e che in seguito subirà un successivo calo. Si nota, dunque, che, la

percezione altrui delle difficoltà del soggetto, risulta essere un ulteriore fattore per quanto concerne il ribasso dell'autostima.

La riduzione dell'autostima, di fatti, fa sì che il soggetto arrivi alla rinuncia del compito e "tollerì", in maniera del tutto consequenziale, un'evidente perdita di motivazione, desiderio e interesse.

Quindi, emerge che il bambino tende ad affaticarsi e si sente frustrato rispetto alla fase d'apprendimento scolastico, poiché non solo deve dedicarsi allo svolgimento dei compiti, ma deve far fronte alla problematica dei giudizi altrui.

Dunque, a questo punto si nota la comparsa di determinati comportamenti assolutamente inadeguati al contesto, detti anche comportamenti disfunzionali, all'inizio si nota l'atteggiamento oppositivo-provocatorio caratterizzato da una resistenza attiva e spesso provocatoria verso le richieste, le regole o le aspettative degli altri. I soggetti con un atteggiamento oppositivo-provocatorio tendono a sfidare apertamente l'autorità e a cercare di ottenere un senso di controllo o potere attraverso la disobbedienza o la ribellione.

Per l'appunto, questo tipo di atteggiamento può manifestarsi in diversi contesti, come ad esempio a scuola, sul lavoro o nelle relazioni personali. È importante sottolineare che l'atteggiamento oppositivo-provocatorio non è semplicemente una forma di disobbedienza occasionale, ma piuttosto un modello costante di

comportamento che può avere conseguenze negative sul soggetto che ne soffre.

In secondo luogo, vi è la disattenzione che porta il soggetto ad essere mancante per quanto riguarda le attività di pianificazione ed organizzazione.

Un altro aspetto viene inoltre rappresentato dalla mancanza di attenzione per quanto concerne i dettagli e infine emerge che, i soggetti sembrano spesso distratti e possono essere facilmente distolti da stimoli esterni.

Come terzo elemento, si descrive l'atteggiamento aggressivo: quest'ultimo si manifesta attraverso azioni intenzionali che possono causare danni fisici o psicologici ad altre persone o oggetti. È importante notare, che l'aggressività nei bambini può essere un atteggiamento "normale" in determinate circostanze, specialmente durante le fasi di sviluppo in cui stanno imparando a gestire le proprie emozioni e ad interagire con il mondo circostante.

Tuttavia, se il comportamento aggressivo è persistente, estremamente dannoso o non adeguato al contesto, potrebbe richiedere un'attenzione particolare. I segnali di aggressività sono per lo più determinati dall'insorgenza di comportamenti intimidatori, colpi, spinte, morsi, distruttività e linguaggio verbale aggressivo.

Un'altra prospettiva dei risvolti emotivi potrebbe essere definita dall'insorgenza di disturbi come ansia e stress, poiché i soggetti si ritrovano ad affrontare sfide continue

nell'apprendimento che possono portare a elevati livelli di queste condizioni precedentemente menzionate, nei bambini con DSA. Inoltre, possono sperimentare preoccupazioni costanti riguardo al fallimento e alle conseguenze delle loro difficoltà.

In conclusione, proprio a causa del costante stress i bambini in questione potrebbero cadere in depressione, dovuta all'insuccesso accademico e all'impatto negativo sul loro benessere emotivo complessivo.

D'altro canto, è infine doveroso sottolineare che la comparsa di questi comportamenti non va a delineare un quadro clinico definito, ma è vista come una sorta di "conseguenza" facile da prevedere e da comprendere.

3.3. Le difficoltà emotive

Le difficoltà emotive di un soggetto con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) possono essere ampie e variabili, poiché dipendono dalla natura specifica del disturbo e dalle esperienze individuali del soggetto. Tali difficoltà, dunque, possono manifestarsi in maniera differente, a seconda del tipo di DSA e del livello di supporto e comprensione che il bambino riceve dagli altri.

Durante gli ultimi anni, diversi studi hanno indirizzato le loro ricerche oltre l'analisi dei processi cognitivi degli studenti con DSA e sono venuti a conoscenza del fatto che, i fattori emotivi possono influenzare lo sviluppo di un soggetto e causare disagio o disadattamento.

Come già spiegato in precedenza, molti bambini possono riscontrare difficoltà di apprendimento nel corso della loro quotidianità scolastica. Di conseguenza, tali difficoltà possono influire sul percorso didattico e sui risultati ottenuti, talvolta causando problemi di adattamento e autostima. Tuttavia, il disagio psicologico associato, la bassa autostima e le strategie di adattamento possono essere erroneamente attribuiti a una mancanza di impegno, alla pigrizia o all'apatia.

D'altro canto, le difficoltà emotive a cui bisogna prestare attenzione e che bisogna tenere presenti come una sorta di "campanello d'allarme", sono le seguenti: frustrazione e senso di inadeguatezza, ansia da prestazione, isolamento sociale, bassa autostima e sensazione di svalutazione.

In primo luogo, per quanto concerne il senso di frustrazione e inadeguatezza, si descrive uno stato in cui ci si sente incompetenti e incapaci nel soddisfare le aspettative accademiche e sociali. Questa sensazione di frustrazione può essere determinante e ripercuotersi negativamente sulla motivazione del bambino, inoltre, può condizionare le attività scolastiche e può ostacolare il suo impegno nello studio.

In secondo luogo, come conseguenza delle difficoltà emotive, si percepisce il disturbo dell'ansia da prestazione. Tale stato, oltre a condizionare il livello di ansia, può compromettere la capacità di concentrazione e di espressione delle conoscenze, influenzando così, non solo i risultati, bensì anche le percezioni del soggetto.

In seguito, vi è il fenomeno dell'isolamento sociale, che viene descritto come la consapevolezza di essere diversi dagli altri

coetanei e può portare a una tendenza ad evitare interazioni sociali e sentirsi emarginati. Inoltre, si nota che il bullismo e il pregiudizio possono essere una realtà per alcuni di questi bambini, di conseguenza, aumenta ulteriormente il loro isolamento e peggiorano le difficoltà emotive.

Infine, l'ultima condizione menzionata riguarda il senso di valutazione e la percezione di sé stessi; tali soggetti sentono di essere "incompresi" o svalutati da parte di compagni di classe, coetanei, insegnanti o persino dai membri della propria famiglia. Questo trattamento può portare a una sfiducia generale nelle proprie capacità e nel proprio valore come individui, contribuendo al deterioramento della salute emotiva.

In aggiunta, come già descritto, un'altra condizione emotiva per tali soggetti è rappresentata dal calo dell'autostima. Oltre ad essere una difficoltà comune, quindi, riscontrata per la maggior parte dei soggetti, viene definita come un vero e proprio ostacolo. I bambini con DSA vivono in una condizione di inferiorità dovuta proprio agli insuccessi, di conseguenza, possono rinunciare a sperimentare nuove sfide e/o sviluppare il proprio potenziale, poiché ritengono di non essere in grado di farlo.

Per la maggior parte dei casi, questi atteggiamenti si notano nell'età della scolarizzazione, poiché anche se sono disturbi evolutivi, cioè, esistenti sin dalle prime fasi dello sviluppo, si presentano come un evento inaspettato, visto che lo sviluppo del bambino negli anni precedenti è avvenuto secondo modi e tempi

sostanzialmente nella norma, in condizioni individuali e ambientali sufficienti per raggiungere buoni risultati d'apprendimento.²⁶

Dunque, si nota che le difficoltà emotive nei bambini con tali disturbi possono avere conseguenze significative sul loro benessere psicologico e accademico.

Pertanto, in conclusione, si comprende che i soggetti che lottano con queste difficoltà possono sviluppare comportamenti di evitamento verso il contesto scolastico, possono manifestare sintomi di ansia e depressione o mostrare atteggiamenti di rifiuto verso il processo di apprendimento. Queste reazioni emotive possono ostacolare il loro progresso accademico e compromettere le opportunità di sviluppo personale e professionale nel lungo termine.

²⁶ Ciro Ruggerini, Luci A., *Il ruolo della psicoterapia nei disturbi specifici dell'apprendimento*, 2010, Dislessia Vol7 n2 pag. 197-209.

4. L'INTERAZIONE CON IL SOGGETTO

Tale capitolo dell'elaborato, come già spiegato nel corso dell'introduzione, rappresenterà la parte sperimentale dello studio. Di fatti, sarà presentata un'esperienza "vis a vis" con un soggetto che presenta un'anamnesi di DSA ed è in comorbidità, ossia presenta altri disturbi connessi.

Dunque, in collaborazione con l'equipe del Centro di Riabilitazione I.P.R di Napoli, sito in via Canonico Scherillo 8, vedremo come si caratterizza la figura del terapeuta e che ruolo assume nella vita del paziente. Si deduce che, sarà descritta una giornata tipo con il soggetto, in seguito saranno analizzate sia le metodologie d'intervento riabilitativo che le strategie adottate da parte del team che se ne occupa.

In aggiunta, di conseguenza, riusciremo a capire anche quali sono le reazioni del soggetto e in che modalità avvengono, soffermandoci soprattutto sulle difficoltà della sfera emotiva.

Pertanto, con l'aiuto della neuropsicomotricista Alessandra Stara, vedremo quali sono le fasi della routine giornaliera del sottoposto, capiremo come procede il terapeuta in determinate situazioni, come interagisce con il ragazzo e inoltre, capiremo come il soggetto affronta l'aiuto da parte di un membro esterno alla sua famiglia.

Infine, si sottolinea che, l'obiettivo dell'incontro è volto a confutare quanto scritto nell'elaborato, a comprendere le metodologie d'intervento e soprattutto a dimostrare quali sono i risvolti emotivi riscontrati nel soggetto.

4.1. Il caso clinico

Innanzitutto, si ritiene opportuno evidenziare che il caso clinico scelto è rappresentato da un ragazzo affetto dai disturbi elencati nello studio. Inoltre, a giusta ragione, si sottolinea che, il soggetto si è mostrato assolutamente disponibile alle domande e alle richieste ed è stato felice di accogliere una presenza esterna al suo staff medico.

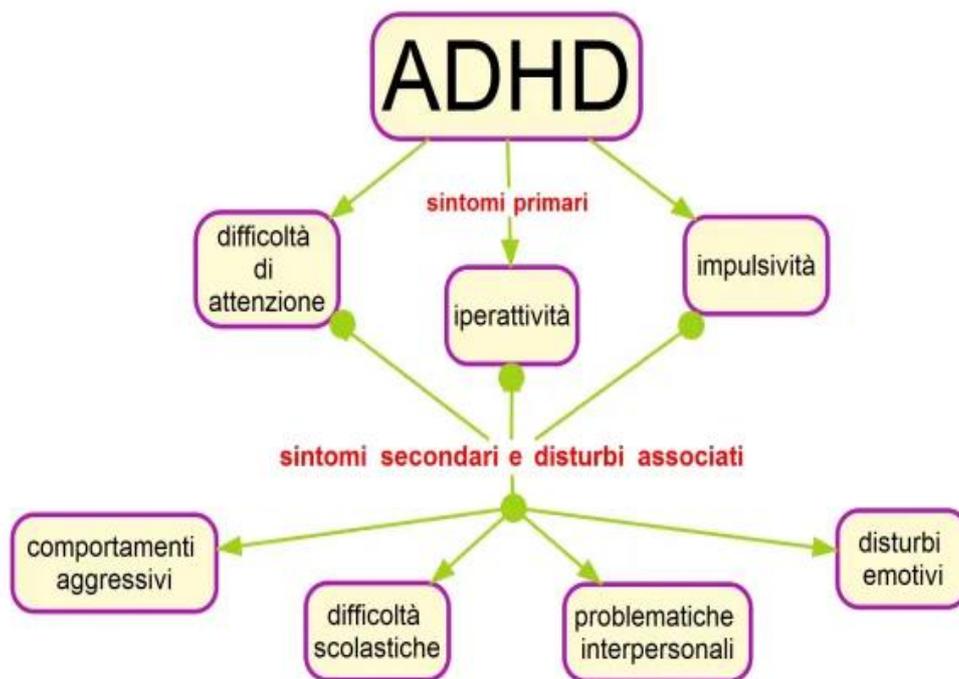
Il paziente di nome S.S, di 22 anni, presenta una diagnosi di dislessia in comorbidità con ADHD, di conseguenza, presenta sia un disturbo attentivo, ovvero un disturbo evolutivo caratterizzato da difficoltà connesse all'attenzione o all'impulsività, che un disturbo del comportamento ossia un disturbo della condotta che riflette il rispetto delle regole.

Di seguito ad un'attenta e accurata analisi del caso, gli specialisti hanno ritenuto che lui possieda una disabilità cognitiva di grado lieve, con due aspetti caratterizzanti, tachilalia e tachipsichismo. Il primo termine descrive un disturbo dell'eloquio definito da un ritmo veloce; invece, il tachipsichismo è un'accelerazione del pensiero e dei contenuti ideativi caratterizzato da una eccessiva rapidità.

Il sottoposto frequenta il centro da ben otto anni, di fatti, è seguito non solo da un'equipe di terapisti bensì anche da un Case Manager²⁷ che, all'interno del progetto riabilitativo, ha il compito di

²⁷ Il Case Manager si fa carico della gestione e dell'assistenza del paziente in tutto il percorso di cura. Dalla presa in carico al percorso di riabilitazione, È una figura che si basa sull'ascolto, il dialogo e la pianificazione, mettendo al centro la persona e curando tutti gli aspetti della patologia extra-medici: dalle pratiche burocratiche alla dimensione psico-sociale.

facilitare le azioni e le comunicazioni interne ed esterne dell'equipe responsabile. Inoltre, questa figura professionale si occupa di mantenere i rapporti e le relazioni stabili e bendisposti sia con il paziente che con la famiglia, parte fondamentale del percorso di riabilitazione.



Ada Vantaggiato - www.sostegnobes.wordpress.com

La famiglia sostiene che, S.S. nel corso degli anni ha registrato miglioramenti non solo nella fase di apprendimento, tuttavia, soprattutto per quanto riguarda le relazioni interpersonali e l'ampliamento degli interessi.

Dopo i primi anni di terapia, di fatti, ha stabilito un ottimo rapporto con i suoi compagni di classe e con i suoi “colleghi di percorso riabilitativo”, si è iscritto a nuoto e si è appassionato all’equitazione. Di conseguenza, per il paziente, la squadra che lo segue è diventato una famiglia e si sente a suo agio con loro, è libero di esprimere le sue idee e non assume più un atteggiamento oppositivo-provocatorio, che sembrava essere un comportamento ricorrente nel corso dei primi tempi al Centro Riabilitativo.

Infine, un altro aspetto fondamentale del successo della terapia del paziente è stato il rispetto delle regole che gli sono state imposte e al giorno d’oggi, riesce perfettamente a svolgere quest’azione.

<<Un bambino che è una “peste”, per intenderci, giocherà e si diventerà pur combinandone di tutti i colori. Un iperattivo, invece, soffrirà, non essendo capace di relazionarsi con gli altri e comportarsi come vorrebbe>>.

(Chiara Garbarino,

tratto dal libro “La felicità non sta mai ferma”)

4.2. L’intervento terapeutico

Si rende noto che, S.S si reca all’ I.P.R. cinque volte a settimana, dalle 09.00 sino alle 15.30. Come spiegato in

precedenza, il paziente è supportato da una squadra di terapisti della neuropsicomotricità, in particolar modo, è seguito dalla dottoressa Alessandra Stara specialista nel suo campo.

La neuropsicomotricista in questione è colei che segue passo dopo passo S.S., segue la sua routine giornaliera e svolge le attività laboratoriali con il paziente. Grazie al suo aiuto, abbiamo potuto assistere alla terapia riabilitativa a cui viene sottoposto e abbiamo avuto la possibilità di trascorrere una giornata in loro compagnia, delineando tutti gli aspetti della sua patologia descritti nella diagnosi.

Il paziente svolge la terapia del centro diurno, in particolar modo, si sottolinea che non essendo lui in età evolutiva (all'incirca dai 3 fino ai 10 anni), svolge attività diverse da quelle di un bambino in età scolarizzata, anche se condividono la stessa valutazione diagnostica. La dottoressa ha spiegato che il ragazzo segue diverse attività laboratoriali, a partire da quelle multimediali fino alla musicoterapia, per poi passare al laboratorio di arte fino a concentrarsi sull'attività motoria e la psicoterapia.

Tuttavia, il laboratorio maggiormente seguito dal paziente, risulta essere quello delle autonomie: un'attività volta all'organizzazione e la stabilizzazione di una routine quotidiana regolare. Di fatti, l'attività a cui abbiamo assistito e che maggiormente ha coinvolto S.S è stata la preparazione della tavola per il pranzo, si nota che qui ognuno dei pazienti assume un ruolo.

È interessante vedere come il ragazzo, in collaborazione con i suoi compagni, prepara la tavola, serve i pasti e infine

sparecchia, di fatti, questa fase del percorso di riabilitazione è fondamentale poiché insegna il rispetto delle regole, aspetto cruciale per i pazienti con DSA in comorbidità con il disturbo dell'iperattività. Secondo l'equipe, inoltre, questo tipo di attività motoria ricopre una parte importante del percorso, poiché risulta contrastare le perdite di autonomia e stabilire il mantenimento delle abilità residue.

D'altro canto, vediamo come si procede per la dislessia, l'attività proposta è quella multimediale con l'utilizzo di computer e/o tablet con immagini, suoni, colori e lettere.

Notiamo che, come esposto in precedenza si trova nella fase dell'età evolutiva, di conseguenza, non può lavorare nell'acquisizione del modello di letto-scrittura se non appreso fino ad ora, tuttavia, è possibile però fornire strumenti compensativi. Pertanto, capiamo che l'apparecchiatura e i materiali utilizzati per la maggiore sono pc, pennelli, colori, foto che ritraggono scene di vita quotidiana e strumenti musicali per la musicoterapia. In aggiunta, dopo una sessione di riabilitazione, capiamo quali sono le strategie da adottare:

- proporre attività di difficoltà crescente;
- modeling, ossia un modello di apprendimento tramite imitazione che consiste nella proposta di esperienze di assimilazione attraverso l'osservazione di un soggetto che funge da modello;
- rinforzo positivo: premiare il paziente quando svolge bene un'attività, sia nel sociale facendogli complimenti

oppure promettendogli un gioco che gli piace in maniera particolare.

Infine, dunque, notiamo che le strategie messe in atto dalla dottoressa Stara sono volte a contenere il comportamento disfunzionale e a limitare i danni provenienti dagli aspetti problematici.

4.3. L'aspetto emotivo del paziente

Le emozioni che un soggetto affetto da DSA e da ADHD (Trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) può sperimentare durante il percorso di riabilitazione possono variare ampiamente da persona a persona, ma ci sono alcune emozioni comuni che possono emergere. In generale, si rende noto che le emozioni che un individuo con questi disturbi potrebbe sperimentare durante la riabilitazione sono:

1. frustrazione: un sintomo comune quando si cerca di affrontare le sfide legate alla gestione dell'attenzione, dell'organizzazione e del controllo degli impulsi;
2. speranza: molti dei pazienti cercano la riabilitazione per migliorare la loro qualità di vita. Durante il percorso di trattamento, possono sperimentare speranza nel vedere progressi e miglioramenti nelle loro abilità;
3. ansia: un sintomo ritenuto molto frequente;
4. felicità: il raggiungimento di piccoli successi o la scoperta di strategie efficaci possono portare a momenti di felicità e soddisfazione;

5. delusione: non sempre tutto va come previsto durante il percorso di riabilitazione. La delusione può sorgere quando le aspettative non sono soddisfatte o quando si verificano regressi temporanei;
6. orgoglio: superare le sfide richiede impegno e sforzo. I soggetti possono sperimentare un senso di orgoglio quando raggiungono i loro obiettivi o acquisiscono nuove abilità.

In seguito a questa descrizione generalizzata, si nota che la sfera emotiva è un aspetto fondamentale del percorso, senz'altro è da tenere in considerazione, ma risulta essere soprattutto essenziale rispettare l'emotività del paziente.

Grazie al sostegno dell'equipe di S.S, nel corso della terapia, notiamo che lui presentando comorbidità, in determinate dinamiche diventa disfunzionale e presenta dei tic che risultano però secondari. Vediamo che, quando riesce a realizzare le attività in maniera corretta, risponde in maniera positiva, di fatti, questo incide sulla sua autostima e il ragazzo risulta disponibile a continuare il lavoro. D'altro canto, quando non riesce ad affrontare la sfida proposta, S.S. entra in uno stato d'ansia e frustrazione, dovuto al fallimento appena avvenuto.

Notiamo quindi che S.S. in partenza ha un atteggiamento propositivo nei confronti del lavoro da svolgere, tuttavia, queste disfunzionalità, che compaiono durante l'esecuzione dell'attività, sviluppano una reazione di sfiducia sia verso quest'ultima sia verso l'operatore sanitario. Pertanto, si nota che è necessario l'intervento da parte dell'operatore, che non solo deve risultare

incentivante bensì deve coadiuvarlo maggiormente nell'attività richiesta.

Giungiamo alla conclusione che, grazie al supporto della dottoressa e all'atteggiamento positivo dello staff medico, in seguito ad un'attività svolta correttamente, S.S risulta essere motivato e orgoglioso di stesso. Si aggiunge che, alla fine della giornata di riabilitazione con il ragazzo, dopo le attività svolte, nonostante determinati momenti di sconforto, tornerà a casa soddisfatto e ottimista delle abilità acquisite.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare sul fenomeno dei DSA (disturbi specifici dell'apprendimento), di comprendere in che modo vengono gestite le emozioni dei ragazzi che ne sono affetti e di capire quali sono le metodologie d'intervento riabilitativo più adatte. Il quesito principale alla base della ricerca era: "Come si sente un soggetto che presenta questo tipo di disturbi?". Per rispondere in modo esaustivo alla domanda, di fatti, siamo entrati nel suo mondo e abbiamo vissuto un'esperienza a tutto tondo con l'equipe medica del Centro di Riabilitazione I.P.R. di Napoli. Abbiamo avuto la possibilità di confutare quanto era stato scritto all'interno dell'elaborato, inoltre, abbiamo potuto vedere non solo come procede la figura del terapeuta, di cui è doveroso sottolineare la forza mentale e fisica, bensì abbiamo inteso anche come reagisce un ragazzo che non riesce ad esprimersi a pieno.

In seguito a questa meravigliosa esperienza, è giusto tirare le somme e sostenere quanto spiegato nella ricerca. Per quanto concerne il campo dell'apprendimento, di certo, abbiamo compreso che questa macroarea va allenata nella fascia d'età compresa tra i 2 e i 6 anni, poiché dopo il soggetto non trovandosi più in età evolutiva, non riuscirebbe ad essere una "spugna" e in aggiunta, potrebbe rischiare di non assimilare più una determinata attività o comportamento. D'altro canto, per quanto riguarda la valutazione e la diagnosi di un DSA, si rende noto che è un processo del tutto soggettivo, di conseguenza, può variare da paziente a paziente, sicuramente è consigliato rivolgersi il prima

possibile ad uno specialista, soprattutto quando il soggetto mostra evidenti difficoltà nei processi di lettura, scrittura e calcolo.

Da questa giornata al centro capiamo che, un bambino con questo tipo di disturbi non deve considerato “diverso”, tuttavia, deve essere coadiuvato e compreso sia dalla famiglia che dal corpo docenti che lo accompagna nei primi anni di scuola dell’obbligo. In seguito, ci si è soffermati sull’aspetto delle comorbidità, ossia il fenomeno in cui i DSA potrebbero essere correlati ad altri disturbi del neurosviluppo, è risaputo che questo aspetto va tenuto sotto controllo e che il soggetto deve essere seguito passo dopo passo nel percorso di crescita, sia per limitare i sensi d’ansia e frustrazione e sia per promuovere attività volte ad accrescere speranza, soddisfazione e ottimismo.

In quest’elaborato, dunque, abbiamo sviluppato anche una parte dedicata alla sfera emotiva, nella quale abbiamo compreso quanto sia importante rispettare le emozioni di un ragazzo che ha delle difficoltà nell’espressione di sé stesso, inoltre, è costantemente vessato dal giudizio altrui e questo lo porta ad emarginarsi e a non sentirsi capito.

È possibile, tuttavia, prevenire questo fenomeno, grazie alle terapie degli specialisti che lo seguono, all’affetto della famiglia e alla comprensione da parte degli insegnanti e dei compagni di scuola. Si giunge alla conclusione che, un ragazzo con DSA avrà difficoltà in tante fasi del suo percorso di crescita, a partire dalla mera fase dell’apprendimento sino ad arrivare alla fase di interazione con i suoi coetanei, tuttavia, si è dimostrato che, se seguito con le giuste metodologie d’intervento riabilitativo e se

intense le sue emozioni, giovando l'aspetto positivo di esse, è possibile contenere danni e ripercussioni gravi.

***SPECIFIC LEARNING DISABILITY: EMOTIONAL
DIFFICULTIES AND INTERVENTION
METODOLOGIES***

ENGLISH SECTION

INTRODUCTION

The paper is placed in a field of research, that has considerably evolved during the recent years. The theme is the following: learning and the difficulties encountered in the first phase of the latter. In fact, it is necessary to think about the hindrances and difficulties of everyone, which contribute to the onset of a real disorder and makes the path of learning full of obstacles. In this case, "the obstacle" is represented by Specific Learning Disability, also called Specific Learning Disorders (SLD), which in the paediatric-medical field are a very frequent phenomenon. The above mentioned are neuro-developmental disorders, that affect reading, writing and calculus skills and may also appear associated with each other.

According to the Italian Dyslexia Association (AID), which has conducted a considerable amount of research, it is estimated that the incidence of SLD is roughly 4%. It is important to point out, that nowadays there are many tools available to recognize this type of disorder in time, which can be used both by the family of the child and teachers. A child affected by this problem not only has difficulties in school learning but also in the mechanization of reading, writing and calculation abilities. However, not only the child's learning difficulties are analyzed, but also any possible emotional implications.

The self-esteem of the affected person is compromised, as he collects failures and moments of discouragement, especially when he faces a situation in which he feels powerless and fails to

achieve the goal. For this reason, it is necessary to identify such a disorder in time. The crucial phase, in fact, consists in identifying the "subjects at risk", with the aim of limiting the damage during growth and reducing "defeats" in the learning process. The following work analyses specifically the stages of learning and examines the SLD and the resulting classification.

Starting with the assumption that a disorder cannot be considered "isolated", we will proceed, then, with the description of the difficulties that arise from this disorder; first of all, emotional complexities. Afterwards, we will explain the main methods of rehabilitation and educational intervention that characterize the taking in charge of an individual with S.L.D. Finally, the last chapter of the paper will be entirely dedicated to a guy that presents this type of disorders. Therefore, with the help of a Developmental Neuro and Psychomotor Therapist, this chapter will represent the experimental part of the project where the work path and the difficulties suffered by the individual will be illustrated.

1. THE LEARNING OF SCHOOL LANGUAGES

In the context of school education, language learning plays a major role, as it constitutes an essential tool for the cognitive, communicative and cultural development of individuals.

During the schooling path, language learning explores the influence that such knowledge can have a student's progress. The educational context represents a fertile ground for the growth and acquisition of language skills, which constitute the fundamental basis for school success. Therefore, these elements are also crucial for the professional context.

Languages, understood as instruments of communication and representation of thought, assume a central role in education. For this reason, learning is a process by which new skills are acquired. School learning is understood as the skills of reading, writing and computing. As a matter of fact, these abilities require the use of different cognitive functions that must be used for the resolution of different tasks.

The linguistic ability associated with school learning is particularly linked to the correspondence between the oral and written code. For example, a child during a dictating exercise must be able to recognize both the whole word and the individual phonemes present within it. Then, the latter must keep them in his mind and translate them into a written code that represents those phonemes previously heard. It is possible to observe this correspondence both when the linguistic and scholastic skills belong to a normal individual and when they are compromised.

A primary language disorder, detected in preschool age (from 3 up to 5 years) is considered a risk factor for a possible occurrence of SLD. However, such disorder is neither a certain cause nor a necessary condition, as it may present a problem exclusively in the procedures of reading, calculation or writing. On the other hand, the latter do not depend on difficulties in the first verbal acquisitions.

The real difficulty of an individual affected by SLD, in most cases, does not consist in not "knowing how to read", but in automating these processes. Thus, we understand that if the process of reading or writing is not automated, it will not facilitate access to new knowledge or skills that transcend from the latter.

The close link between language processing and school learning is defined through specific skills:

- phonological and meta-phonological skills: described as the passage from written to oral code (and vice versa) guaranteed by a sequence of sounds that can be assembled;
- morphological and syntactic skills: structure of the language, lexical choices, vocabulary and the ability to acquire information through a written text to increase their knowledge.

<<Learning is a treasure that will follow its owner everywhere>>.

Chinese proverb

1.1. The pre-learning requirements

The pre-learning requirements are a set of functions that the student develops before primary school which are necessary for a proper learning. The evaluation of this process is essential, even if it is not a diagnosis, as it avoids potential emotional damage in the school teaching phase.

Among the prerequisites, a fundamental aspect is covered by meta-phonological abilities, as mentioned above, as they represent the ability to perceive, recognize, develop, and manipulate the sounds that make up the words. The development of meta-phonological skills lays the foundation for spoken language; however, it is an aspect that is addressed before primary school. Therefore, it is appropriate to explain the meaning of phonology and meta-phonology. Phonology is an aspect of language related to sound and these sounds are called phonemes.

Putting together several phonemes, for example "ho" and "me", the word "home" is formed, which in phonology is called morphemes (or rather, a set of several phonemes). Each word is, in fact, made up of at least one morpheme that has meaning. In general, a kid with a good meta-phonological competence can recognize the word, because he is able to perceive individual sounds and to divide it into syllables.

A meta-phonological competence also includes classifying sounds according to common characteristics, such as rhyming words or words that begin with the same sound. Such skills are crucial for the initial stages of reading and writing. However, there are other skills such as phonological awareness, letter recognition, automated rapid naming and lexical breadth that allow the child to acquire the necessary skills for the learning phases. Over the last few years, it has become clear that a child affected by SLD also has problems with Executive functions (EF). As Tim Shallice²⁸ argues, the term Executive Functions indicates a series of cognitive processes that interact with each other to initiate thoughts and organize functional actions to achieve a purpose. In conclusion, they include a variety of higher cognitive processes, such as storage capacity, planning and inhibition of unnecessary stimuli.

1.2. The stages of learning

As already mentioned, the reading, writing and calculation phases define a complex process involving different cognitive and linguistic skills. Over the years, many scholars have devoted their research to understanding the developmental stages of these abilities. In this chapter, we will explore the various stages of

²⁸ Timothy Shallice, *From Neuropsychology to Mental Structure*, 1st edition, Cambridge University Press, 1988

learning and we refer to the studies of Uta Frith²⁹ in 1985 and other leading authors in the field.

In the learning process of reading and writing, there are several stages in which this process matures progressively, and which are interdependent:

1.logographic phase: the alphabetic phase in which words are read and written letter by letter, words are recognized as visual sets;

2.orthographic phase: where grapheme-phoneme transformation rules are applied to letter groups;

3.the lexical phase: is where the reading takes place entirely thanks to the instant recognition of words. Studies conducted by Uta Frith in 1985 also show that, in the case of writing there are stages of learning. We move, therefore, from the phase of preconventional writing, characterized by graphic signs without phonetic correspondence, to the syllabic writing in which only some letters are written for each recognized syllable. As a matter of fact, the individual recognizes the syllables on a visuo-spatial level. Later, we move on to syllabic-alphabetic writing where we recognize a greater number of sounds of words, up to alphabetic writing where the correspondence between sounds and graphic signs is identified. Regarding calculus skills, it must be emphasized that lexical, semantic and syntactic skills are fundamental. These processes allow us to acquire numerical naming, to understand the concept of quantity and comprehend

²⁹ Frith, U. Beneath the surface of developmental dyslexia, in K.E. Petterson, made by J.C. Marshall e M. Coltheart Surface Dyslexia, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 301-330 pages, 1985

the relationship between numbers. Quantity-number association and understanding of the internal grammar of numbers permit the development of such skills. Initial reading, writing, and computing skills continue to develop over time, allowing the child to produce written sentences and texts and analyse written texts in terms of form and content. In conclusion, language learning is a fundamental pillar of education and it is for this reason that this phase is vital in individuals presenting SLD

1.3. The learning of a foreign language and difficulties in the process of memorization

The task of memory, especially that of work, is fundamental in the process of learning a language. The cognitive profile of an individual with SLD has a series of difficulties with memorization skills, so, as Reid³⁰ claims, language learning for these students is a substantially complex task. It is important to understand the obstacles for these people, and this is possible only through some specific examples. First, it is necessary, as regards the memorization of a phoneme or grammatical rule, to present to the pupil a verbal input, in oral or written form, accompanied by a series of other inputs, such as a musical sequence or a sequence of images. Based on this starting point, a stimulus will be activated, and the student will spontaneously "activate" some senses (hearing or eyesight), such activation is defined as a sensory one.

³⁰ Gavin Reid, *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*, 5th edition, Wiley, 2016

Therefore, it is deduced that, if a pupil is presented a word in oral form the sense of hearing will be activated, on the other hand, if he is presented with a word in written form, associated with image, the sense of eyesight will be activated. Another difficulty for individuals affected by SLD is represented by the apprehension of a foreign language. The presence of a lacking working memory, for these students, leads to a difficulty in assimilating linguistic phonemes very similar to each other, as it happens in the English language. In addition, they may struggle to identify phonemes that correspond to graphemes, or rather written letters. It is essential to take into account certain characteristics of languages, which may or may not facilitate the learning of a foreign language such as: the "transparency/opacity" of transcription (degree of correspondence between phonemes and graphemes); the "consistency" (relationship between the pronunciation of individual letters and the representation of these); the syllabic structure and syntax.

For example, Italian and German are defined as "transparent" languages, because they have a correspondence between written and spoken. On the contrary, French and English have a low correspondence, and therefore, are called "opaque"³¹ languages. In this process a person with disorders could not only experience memorization problems but could also present difficulties related to the emotional sphere. The following phenomenon is called "linguistic anxiety"³², an anxious state that turns out to be very

³¹ A. Cardinaletti, F. Santulli, E. Genovese, G. Guaraldi, E. Ghildoni in *Dislessia e apprendimento delle lingue, Aspetti linguistici, clinici e normativi*, Erickson, Trento, 2014.

³² E. Pierchuska-Kuciel, *Language anxiety in secondary grammar school students*, Opole University Press, Opole 2008.

frequent and many of these students experience it during interrogations. It is exactly in this situation that the student is in a vortex of anxiety and resignation due to the "failures" that he collects when, for example, he is asked to read a text in English or when he is asked to repeat a word in German. We concluded that, in the specific case of learning a foreign language, the student who is experiencing continuous failures, may think that he is unable to learn another language.

2. SLD: SPECIFIC LEARNING DISABILITY

<< *The important thing is not so much that every child should be taught, as that every child should be given the wish to learn.>>*

(John Lubbock)

In 1968 for the first time in history, Samuel Alexander Kirk, a well-known American educator and psychologist, used the expression "learning disabilities" to indicate disorders of the processes of reading, writing, calculations and social interaction skills. Therefore, such disorders were not primarily attributable to neuromotor, cognitive, psychopathological and/or sensory pathologies³³.

Later in 1968, the federal agency United States Department of Education coined the neologism Specific Learning Disabilities

³³ Cornoldi C. I disturbi dell'apprendimento. Publishing house Il Mulino, 1991.

or Specific Learning Disorders. It is well known that in Italy only after 40 years SLDs were recognized. As a matter of fact, right from October of 2010 with the advent of Law n° 170, these disorders are recognized and subsequently published in the Official Gazette of the Italian Republic n°244 on the 18th of October 2010, which is completely based on the International Classification ICD-10³⁴ of the World Health Organization.

The law describes the characteristics of these disorders in which the normal ways of acquiring the abilities are altered already in the early stages of development. They are not the result of a lack of opportunity to learn and are not due to an acquired brain disease. Rather, it is believed that disorders result from abnormalities in cognitive processing related to a large extent to some type of biological dysfunction³⁵. Certainly, this event has brought a significant change in the educational approach to learning disabilities. However, in addition to the compensatory measures and tools provided in the legislation, the contribution of rehabilitation therapies and management and "connection" between family- teachers and therapists is not to devalue. It is well known that it was necessary to identify such disorders and it was important to reap the positive benefits of a diagnosis conducted in a short time. Without any doubt, early diagnosis has managed to prevent negative repercussions both for the school environment and for the psycho-affective components of the individual. Such disorders are defined as "specific" because they affect a specific domain of ability, leaving intact the general intellectual functioning,

³⁴ International Classification of Disease and Related Health Problems.

³⁵ ICD-10, World Health Organization, 1992.

especially in individuals with IQ (Intelligence quotient) equal to or above the average. In conclusion, prevention and screening programmes have allowed the dissemination of knowledge of the disorder and the implementation of interventions aimed to containing the general risk conditions associated with the presence of the SLD, such as failure, early school leaving, attention disorders and an insufficient motivational component.

2.1 Classification of SLDs

Learning disabilities are conditions that can affect a person's ability to acquire and utilize fundamental academic skills, despite adequate intelligence and learning opportunities. Such disorders can manifest in different areas of expertise, such as reading, writing, mathematics, and verbal expression. In addition, these can be classified as SLDs by ICD-10 and DSM-IV³⁶. The specific learning disorders are divided into four categories: evolutionary dyslexia, disortography, dysgraphia and dyscalculia. Therefore, it is critically important to understand the individual characteristics of each disorder, in order to understand, the possible methods of intervention:

- reading disorder (dyslexia): this disorder is manifested by difficulty in reading and recognizing words. People with dyslexia may have difficulty decoding words, that is, recognizing and

³⁶ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; latest edition: DSM-5-TR, published in March 2022 is a publication by the American Psychiatric Association (APA) for the classification of mental disorders using a common language and standard criteria.

connecting the sounds of letters (phonemes) with the corresponding written symbols (graphemes), this leads to errors in the reading phase. In fact, people with dyslexia read at a lower rate than their peers and they may have difficulty maintaining fluency in this process. It is important to highlight that dyslexia is not caused by lack of intelligence, lack of commitment or educational deficiencies. But, in conclusion, such disability is probably due to a difficulty in the automation process³⁷;

<< The life of an artist is in many ways similar to that of a dyslexic. It is in both our nature to make the creator a victim, making him an outsider and a misfit. If it weren't for my struggle with dyslexia, I doubt I'd ever become a writer or learn to write. >>

(Philip Schultz³⁸ , Pulitzer Prize speech)

•writing disorder (dysgraphia): understood as graphic-motor ability, specifically concerning the difficulties encountered in the written expression. Below, we have some typical features of dysgraphia: illegible writing, since it is very common to have a writing that is not easily readable. In addition, another major problem is represented by handwriting, which appears irregular and disordered. Dysgraphia disorder can also affect grammar and spelling;

³⁷ Graduate School of Child Neuropsychiatry, University of Catania, article "Disturbi specifici dell'apprendimento" by Sabina Lauria and Agata Fiumara publication by the International Health Union in the magazine IL CADUCEO, 2014.

³⁸ Philip Schultz, poet, born in 1945, Rochester. He was the winner of the Pulitzer Prize in 2008.

- calculus disorder (dyscalculia): this disorder involves difficulty in understanding and using numbers and mathematical concepts. People affected by this disorder cannot understand numbers and the real impediment is represented by the execution of mathematical operations;

- disorder of dysorthography: basically, when the ability of phonological coding and spelling competence is impaired, as a result, people affected by this disorder present persistent and significant difficulties regarding the correct spelling of words. A further obstacle can be represented by the segmentation of sounds, since it is complex to break down words into individual sounds (phonemic segmentation), a fundamental process for learning the correct spelling of words. Finally, another consequence of this disorder is the difficulty with spelling memorization.

In the end, it is crucial to point out that these disorders can vary in severity from person to person and may be present simultaneously in an individual (for example, a person may have both dyslexia and dysgraphia).

2.2. Evaluation and diagnosis

The fundamental principle for establishing and formulating a diagnosis of a Specific Learning Disorder (SLD), lies in the concept of a discrepancy between the skills in the affected domain and general intelligence. Having defined this principle, it is crucial

to consider the use of standardized tests (to assess general intelligence and specific abilities) in order to rule out sensory impairments, emotional disorders, and situations of disadvantage related to the socio-cultural environment of belonging. Knowing that, an average individual typically has an IQ ranging between 85 and 90, it is understood that with an IQ equal to or greater than 85, a Specific Learning Disorder (SLD) can be identified. On the other hand, intellectual disability is identified with an IQ around 70. In other words, for an individual to be certified, it must have a normal intelligence quotient. Furthermore, it is important to remember that both the DSM-IV and ICD-10 consider specific parameters for the diagnosis, including accuracy in the decoding process, reading speed, and text comprehension. The diagnostic procedure includes two distinct processes: the functional diagnosis, which assesses the level of impairment of the disorder, and the clinical diagnosis, formulated based on the diagnostic criteria for inclusion and exclusion. For this reason, the diagnostic process is summarized in the following steps:

- early detection: usually, the diagnosis of Specific Learning Disorders (SLD) begins with early detection, which involves identifying possible signs, such as lack of attention, hyperactivity, performance anxiety, and language delay;

- initial assessment: if these characteristics are present in all contexts of the individual, an initial evaluation is required, conducted by qualified professionals like psychologists, psychiatrists, or paediatricians specialized in Specific Learning Disorders (SLD). During this phase, information about

developmental history, social and communicative behaviour is collected, and other possible causes of observed symptoms, such as intellectual disability or other neurodevelopmental disorders, are ruled out;

- multidisciplinary assessment: conducted following the second phase, standardized tests for assessing learning difficulties are initiated. It begins with the assessment of Executive Functions (for example attention or memory) and then, proceeds to investigate reading, writing, and mathematical skills;

- exclusion of other conditions: during the diagnostic process, it is important to rule out other medical conditions that might cause symptoms like those of SLD. This may require consultations with medical specialists, including neurologists and geneticists, to identify or exclude other possible causes;

- diagnosis and profile formulation: based on the results obtained through the multidisciplinary assessment and after excluding other conditions, professionals formulate a diagnosis of Specific Learning Disorder.

2.3 Dyslexia: didactic strategies to adopt

<<*Dyslexia is nothing but nonconformity, the very essence of diversity*>>.

Philip Schultz

Dyslexia is the most common learning disorder and is diagnosed with a higher incidence. In fact, according to data provided by the Italian Ministry of Education, there are 177,000 students in Italy with a certified diagnosis. According to the classification of dyslexia by Bakker³⁹, it is argued that there are three types of dyslexia. The first one, type P, is "perceptual dyslexia," characterized by slow reading with frequent errors. In this case, the left hemisphere has limited involvement and is therefore under activated. On the other hand, there is the second type, type I, called "linguistic dyslexia," defined by rapid but incorrect reading characterized by specific errors. In this case, the right hemisphere has limited involvement. The last case, type M, is called "mixed dyslexia." This one is distinguished by a "combination" of slow reading and frequent errors, with both hemispheres being under activated, and undoubtedly, this is the most diagnosed type. Identifying these types of dyslexia is the main and crucial phase of a professional's task.

Teaching students, affected by such disorder, is a real challenge. The first strategy could be to use a recorder since the main difficulty lies in the reading process. In addition, another

³⁹ D. Bakker, *Neuropsychological Treatment of Dyslexia*, 1st Edition, Oxford University Press, 1990, pages 105-118.

useful method also could be highlighting key information within a task, as the obstacle lies in identifying key guidelines. In addition, planning practical activities, which are the ones that most help the student with a specific learning disorder, is definitely some help. It is deduced that, having a well-defined daily routine, it is equally important just to not upset the student's rhythms.

3. THE COMORBIDITIES

In the medical field, comorbidity is a term used to indicate the simultaneous occurrence of different illnesses within the same individual. More specifically, this expression can refer to two or more concurrent illnesses that are not dependent on each other, or it can refer to disorders or diseases that develop later on after the diagnosis of the underlying condition. Detecting the presence of these conditions is not easy; in fact, to make a diagnosis, it is necessary to identify the specific symptoms or behaviors of an illness.

In the field of Specific Learning Disorders, as explained in the previous chapters, comorbidity is discussed when these disabilities coexist in the same patient. S.L.D., therefore, can also be comorbid with other developmental disorders such as language disorders, motor coordination disorders, attention disorders, emotional disorders, and behavioural disorders⁴⁰.

Such conditions are referred to as psychopathological disorders, consequently, it becomes evident that an S.L.D. can be

⁴⁰Article: *Comorbidità nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, published on the educational blog Connettiti alla Psicologia, by the doctor Serena Costa, March 2014.

associated with a psychopathological disability. Fortunately, there are cases in which this disorder, thanks to a treatment, tends to recede and leads to a consequent improvement in learning.

In conclusion we understand that, in order to diagnose a Specific learning disorder, it is important to take into account the connection and interaction of the other areas attached to the individual's functioning.

3.1. Internalizing and externalizing disorders

In general, two types of psychopathological disorders associated with SLDs are characterized by internalizing disorders and externalizing disorders. Internalizing disorders are characterized by symptoms and behaviours that are mainly directed inward, making them less visible to external observers, resulting in discomfort and inner anguish. These disorders mainly involve the emotional and cognitive aspects of the individual and can also be referred to as "closure disorders" because they are closely linked to social withdrawal and isolation, leading to low self-esteem. Thus, the internalizing disorders are divided in the following way: anxiety disorders, mood disorders and somatoform disorders (when the individual somatises a psychic discomfort). However, the most common ones are anxiety disorders, characterized by brooding, moments of discomfort, bad interpretation of signals (physical and not), uncontrolled anxiety in certain situations and hypersensitivity. It is emphasized that,

people suffering from these disorders may experience chronic sensations, intense fear, panic attacks and a general sense of apprehension. Moreover, in many cases the symptomatology can interfere with everyday life and cause considerable inconvenience.

On the other hand, it is noted that externalizing disorders are more easy to determine and are characterized by symptoms and behaviours that are mainly outward facing. Such conditions also create discomfort in the social and behavioural field, often involve an inability to manage emotions adequately and can cause problems in the relationship with others. In this category there are disruptive behaviour disorders, like oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder. In the case of ODD children exhibit challenging, disobedient, irritable behaviour and often tend to resist adult demands. In fact, among the behaviours displayed there are violations of the rules, temper tantrums, arguing with adults, the use of foul language, disturbing others, attributing the causes of their behaviour to others, negative mood, and irritability⁴¹. Instead, for what concerns Conduct Disorder, children or adolescents display antisocial behaviours such as aggression towards people or animals, destruction of property of others and violation. Another disorder that enters in this category is the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a neurodevelopmental disorder that manifests itself during childhood, persists throughout development, and can also continue into adulthood.

⁴¹ Kaufman, J. et al. (2016) K-SADS-PL DSM-5. Yale: Yale University. Translation by K-SADS-PL DMS-5, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson, 2018.

In conclusion, it is characterized by the presence of symptoms such as inattention, hyperactivity, and impulsivity that constantly interfere with the life of the individual.

3.2. The emotional implications

<<When we lose the right to be different, we lose the privilege of being free>>.

Charles Evans Hughes⁴²

Children with Specific Learning Disorders can develop different emotional reactions that depend on their individual experiences, age, social support and interventions received. These emotional reactions are a consequence of learning difficulties. In other words, these children do not begin with a feeling of defeat but develop it because of the difficulties they encounter. After facing difficult readings, poorly flowing writing and wrong calculations, the child undergoes a real emotional breakdown. It is important to note that these emotional reactions are not directly related to the onset of comorbidities, in fact in many cases, SLDs develop at a later stage, after the child has already experienced learning difficulties. The complexity of learning in the stages of reading, writing and calculation increases the likelihood of failure for these children.

⁴² Charles Evans Hughes (Glens Falls, April 11, 1862 - Osterville, August 27, 1948) was an American jurist and politician.

At this point, peers begin to judge the child negatively, which has a different impact than the correction by teachers, who try to assist and support the child. Classmates do not have "filters" and often deride the kid, driven by fear of "diversity" and lack of awareness about diagnosis. In addition, the child fails to accept the negative perception of others, and this contributes to lowering self-esteem. Reduced self-esteem leads the child to give up homework and lose motivation, desire and interest. As a result, the child gets tired and feels frustrated not only by the task itself but also by the judgments of others. Another aspect is aggression, which may manifest itself through intentional actions that cause physical or psychological harm to other people or objects. It is important to note that aggression may be normal under certain circumstances during development, but if it persists in a harmful or inappropriate way, it may require attention. Finally, children with S.L.D. may develop anxiety and stress due to constant challenges in learning and constant worries related to failure and the consequences of their difficulties.

3.3. Emotional difficulties

The emotional difficulties, therefore, may manifest themselves differently, depending on the type of S.L.D. and the level of support and understanding the child receives from others. During recent years, several studies have directed their research beyond analysing the cognitive processes of students with these pathologies and have come to know that emotional factors can influence an individual's development and cause distress or

maladjustment. The emotional difficulties to which attention should be paid and which should be kept in mind as a kind of "wake-up call" are the following: frustration and sense of inadequacy, performance anxiety, social isolation and low self-esteem. Firstly, the feeling of frustration and inadequacy, describes a state in which one feels incompetent and unable to meet academic and social expectations. Secondly, as a consequence of the emotional difficulties, performance anxiety disorder is perceived. This state, in addition to affecting the level of anxiety, can impair the ability to concentrate and express knowledge. These attitudes are noticed in the age of schooling, since even though they are developmental disorders, existing from the earliest stages of development, they occur as an unexpected event, given that the child's development in previous years took place in ways and at times that were basically in the normal range⁴³ .

In conclusion, it is understood that individuals who struggle with these difficulties may develop avoidance behaviours towards the school context, may exhibit symptoms of anxiety and depression, or show attitudes of rejection toward the learning process. These emotional reactions may hinder their academic progress and impair opportunities for personal and professional development in the long term.

⁴³ Ciro Ruggerini, Luci A., *Il ruolo della psicoterapia nei disturbi specifici dell'apprendimento*, 2010, Dislessia Vol7 n2 pages 197-209.

4. INTERACTION WITH THE PATIENT

This chapter of the thesis, as explained in the introduction, will represent the experimental part of the study. In fact, a vis-à-vis experience with a guy who has an anamnesis of S.L.D. will be presented. Therefore, in collaboration with the team, in particular the neuropsychomotricist Alessandra Stara, who works at the I.P.R. Rehabilitation Centre in Naples, located in Canonico Scherillo street, we will see how the figure of the therapist is characterized and what role he or she plays in the patient's life. A typical day will be described with the patient, then both the rehabilitation intervention methodologies and the strategies adopted by the team will be analysed. Finally, we will focus on the difficulties belonging to the emotional sphere. In conclusion it should be noted that, the aim of the meeting is to refute what was written in the paper, to understand the methods of intervention and above all to demonstrate what are the emotional implications found in the patient.

4.1. The clinical case

The patient has been attending the centre for eight years. His name is S.S, he is 22 years old and he has a diagnosis of dyslexia in comorbidity with ADHD, as a result, has an attentive disorder, that is, an evolutionary disorder characterized by difficulties related to attention or impulsiveness. In addition, he also presents a behaviour disorder, which is a conduct disorder that reflects compliance with the rules after a careful and accurate analysis of

the case, the specialists considered that he has a mild cognitive disability, with two characterizing aspects. The first aspect describes a disturbance of speech defined by a fast rhythm; the second element is, instead, an acceleration of thought and creative content characterized by excessive speed. The family claims that, S.S over the years has seen improvements not only in the learning phase, but also in the interpersonal relationships and the expansion of interests. After the first years of therapy, in fact, he established an excellent relationship with his classmates and with his "colleagues of rehabilitation", he joined swimming and became passionate about riding. As a result, for the patient, the team that follows him has become a family and he feels comfortable with them, is free to express his ideas and no longer assumes an ODD attitude.

4.2. Therapeutic intervention

It is noted that, S.S goes to the I.P.R. five times a week, from 09 AM until 3.30 PM. As explained above, the patient is supported by a team of therapists of neuropsychiatry, in particular by Dr. Alessandra Stara, specialist in her field. Thanks to her help, we were able to attend the patient's rehabilitation therapy and we had the opportunity to spend a day in their company, outlining all the aspects of his pathology, described in the diagnosis. The patient carries out the therapy of the day centre. For a better understanding of the study, it is necessary to mark that he is not in the developmental age (which is approximately from 3 up to 10 years). For this reason, he performs different activities than

younger children, even if they share the same diagnosis. The doctor explained that the boy follows several laboratory activities such as multimedia, music therapy, art laboratory and psychotherapy. However, the laboratory most followed by the patient, turns out to be that of autonomy: an activity aimed at the organization and stabilization of a regular daily routine. As a matter of fact, the activity that we saw and that most involved S.S was the preparation of the table for lunch, we note that in this situation every patient assumes a role. It is interesting to see how the boy, in collaboration with his friends, sets the table, serves meals and finally clears everything up. This phase of the rehabilitation path is, in fact, fundamental because it teaches respect for the rules, a crucial aspect for patients with S.L.D. in comorbidity with hyperactivity disorder. On the other hand, let's see how we proceed for dyslexia. The proposed activity is multimedia with the use of computers and/ or tablets with images, sounds, colours and letters. In the end, after a rehabilitation session, we understand the strategies that can be adopted with the patient:

- propose activities of increasing difficulty;
- modelling, that is a way of learning by imitation that consists in the proposal of assimilation experiences through the observation of an individual that acts as a model;
- positive reinforcement: reward the patient when he performs a good activity.

4.3. The emotional aspect of the patient

The emotions that a person with such pathologies may experience during rehabilitation can vary widely from person to person, however, there are some common emotions that can emerge. In general, it is well known that the emotions are:

1.frustration: a common symptom related to attention management, organisation and impulse control;

2.hope: during the course of rehabilitation, many patients seek hope in seeing progress and improvements in their skills;

3.anxiety: a very frequent symptom;

4.happiness: the achievement of small successes or the discovery of effective strategies can lead to moments of happiness and satisfaction;

5.disappointment: not everything goes as planned during the rehabilitation course. Disappointment may arise when expectations are not met or when temporary setbacks occur;

6.pride: patients can experience this feeling when they reach their goals or acquire new skills.

Thanks to the support of the patient's team, during the therapy, we know that he has S.L.D. in comorbidity with ADHD, for this reason in certain dynamics becomes dysfunctional and has temporary tics. Furthermore, we see that when he manages to carry out the activities correctly, he responds positively, in fact, this affects his self-esteem and the boy is available to continue the work. On the other hand, when he fails, he unfortunately enters a

state of anxiety and frustration, due to the just occurred failure. We note that S.S. initially has a proactive attitude towards the work to be done. However, these dysfunctions, that appear during the execution of the activity, develop a reaction of distrust towards the healthcare professional and make it obvious we see that an intervention by the health worker is necessary.

CONCLUSIONS

The purpose of this study was to investigate the phenomenon of Specific Learning Disorders, to understand the emotions of the patient and to comprehend which are the most appropriate rehabilitation intervention methodologies. The main question at the base of the research was: "How does a person with these kinds of disorders feel?". To answer in a comprehensive way to the question, we entered in his world, and we lived a well-rounded experience with the medical team of the Rehabilitation Centre I.P.R. of Naples.

We had the opportunity to refute what had been written within the elaborate, moreover, we could see not only how the figure of the therapist proceeds, whose mental and physical strength must be stressed, but we also understood how a boy, who cannot fully express himself, reacts. For what concerns for the field of learning, we understood that such macroarea must be trained between 2 and 6 years, because after the boy may no longer assimilate a certain activity or behaviour. On the other hand, regarding the evaluation and diagnosis, it is known that it is a completely subjective process, surely it is recommended to contact a specialist as soon as possible, especially when the boy shows obvious difficulties in the processes of reading, writing and calculating. In this work, therefore, we also developed a part dedicated to the emotional sphere, in which we understood how important it is to respect the emotions of a boy who has difficulties in the expression of himself.

It concludes that a boy with S.L.D. will have difficulties in many stages of his growth path, from the mere phase of learning to the phase of interaction with his peers. However, it has been proven that, if followed with the right methods of rehabilitation and if his emotions are understood, it is possible to contain serious damage and repercussions.

**LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL
APRENDIZAJE: LAS DIFICULTADES
EMOCIONALES Y LOS MÉTODOS DE
INTERVENCIÓN**

SECCIÓN ESPAÑOLA

INTRODUCCIÓN

El documento se coloca en un campo de investigación, que ha evolucionado considerablemente durante los últimos años. El tema es: el aprendizaje y las dificultades encontradas en la primera fase de éste. De hecho, es necesario reflexionar sobre las trabas y dificultades de cada uno, que contribuyen a la aparición de un verdadero trastorno y hacen que el camino del aprendizaje esté lleno de obstáculos. En este caso, "el obstáculo" está representado por los Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA), que en el ámbito pediátrico-médico son un fenómeno muy frecuente. Los mencionados anteriormente son trastornos del desarrollo neurológico, que afectan las habilidades de lectura, escritura y cálculo y también pueden aparecer asociados entre sí. Según la Asociación Italiana de Dislexia (AID), que ha llevado a cabo una cantidad considerable de investigaciones, se estima que la incidencia de TEA es aproximadamente del 4%. Es importante señalar, que hoy en día hay muchas herramientas de aprendizaje disponibles para reconocer este tipo de trastorno en el tiempo, que pueden ser utilizados tanto para la familia del niño y como para los maestros. Un niño afectado por este problema no solo tiene dificultades en el aprendizaje escolar, sino también en la mecanización de la lectura, la escritura y las habilidades de cálculo. Sin embargo, no solo se analizan las dificultades de aprendizaje del niño, sino también las posibles implicaciones emocionales. La autoestima de la persona afectada se ve comprometida, ya que recoge fracasos y momentos de desaliento, especialmente cuando se enfrenta a una situación en

la que se siente impotente y no logra alcanzar la meta. Por esta razón, es necesario identificar dicho trastorno a tiempo. La fase crucial, de hecho, consiste en identificar los "sujetos en riesgo", con el objetivo de limitar el daño durante el crecimiento y reducir las "derrotas" en el proceso de aprendizaje. El siguiente trabajo analiza específicamente las etapas de aprendizaje y examina los T.E.A. y la clasificación resultante. Partiendo del supuesto de que un trastorno no puede ser considerado "aislado", procederemos con la descripción de las dificultades que surgen de este trastorno, en primer lugar de las complejidades emocionales. Posteriormente, explicaremos los principales métodos de rehabilitación e intervención educativa que caracterizan la toma a cargo de un individuo comprometido. Finalmente, el último capítulo del artículo estará enteramente dedicado a un chico que presenta este tipo de trastornos. Por lo tanto, con la ayuda de un Terapeuta Neuromotor y Psicomotor del Desarrollo, este capítulo representará la parte experimental del proyecto donde se ilustrará la trayectoria laboral y las dificultades sufridas por el individuo.

1. EL APRENDIZAJE ESCOLAR

En el contexto de la educación escolar, el aprendizaje desempeña un papel importante, ya que constituye una herramienta esencial para el desarrollo cognitivo, comunicativo y cultural de las personas. Durante el camino de la escolarización, el aprendizaje escolar explora la influencia que dicho conocimiento puede tener en el progreso del estudiante. El contexto educativo representa un terreno fértil para el crecimiento y la adquisición de habilidades lingüísticas, que constituyen la base fundamental para el éxito escolar. Por lo tanto, estos elementos también son cruciales para el contexto profesional. Los idiomas, entendidos como instrumentos de comunicación y representación del pensamiento, asumen un papel central en la educación. Por esta razón, el aprendizaje es un proceso por el cual se adquieren nuevas habilidades. De hecho, estas capacidades, o sea escritura, lectura y cálculo, requieren el uso de diferentes funciones cognitivas que deben utilizarse para la resolución de diferentes tareas. La dificultad real de un sujeto afectado por Trastornos Específicos del Aprendizaje, en la mayoría de los casos, no consiste en "saber leer", sino en automatizar estos procesos. Por lo tanto, entendemos que si el proceso de lectura o escritura no está automatizado, no facilitará el acceso a nuevos conocimientos o habilidades que trasciendan de este último.

El estrecho vínculo entre el proceso lingüístico y el aprendizaje escolar se define a través de habilidades específicas:

- habilidades fonológicas y metafonológicas: se describe como el pasaje de la escritura al código oral (y viceversa) garantizado por una secuencia de sonidos que se pueden ensamblar;

- habilidades morfológicas y sintácticas: estructura del lenguaje, elecciones léxicas, vocabulario y la capacidad de adquirir información a través de un texto escrito para aumentar su conocimiento.

<<El aprendizaje es un tesoro que seguirá a su dueño por todas partes>>.

Proverbio chino

1.1 Prerrequisitos de aprendizaje

Los prerrequisitos son un conjunto de funciones que el chico desarrolla antes de la escuela primaria que son necesarias para un aprendizaje adecuado. La evaluación de este proceso es esencial, aunque no sea un diagnóstico, ya que evita posibles daños emocionales en la fase de enseñanza escolar. Entre los prerrequisitos, un aspecto fundamental está representado por las habilidades meta-fonológicas, como se mencionó anteriormente, ya que representan la capacidad de percibir, reconocer,

desarrollar y manipular los sonidos que componen las palabras. El desarrollo de habilidades meta-fonológicas sienta las bases para el lenguaje hablado; sin embargo, es un aspecto que se aborda antes de la escuela primaria. Por lo tanto, es conveniente explicar el significado de las palabras fonología y metafonología. La fonología es un aspecto del lenguaje relacionado con el sonido y estos sonidos se llaman fonemas.

Juntando varios fonemas, por ejemplo "ca" y "sa", se forma la palabra "casa", que en la fonología se llaman morfemas (o por supuesto, un conjunto de varios fonemas). Cada palabra está, de hecho, compuesta por al menos un morfema que tiene significado. En general, niño con una buena competencia meta-fonológica puede reconocer la palabra, porque es capaz de percibir sonidos individuales y dividirlos en sílabas. Una competencia meta-fonológica también incluye la clasificación de sonidos segundo algunas características comunes, como palabras que riman o palabras que comienzan con el mismo sonido. Estas habilidades son cruciales para las etapas iniciales de la lectura y la escritura, sin embargo hay otras habilidades importantes como la conciencia fonológica, el reconocimiento de letras, la nomenclatura rápida automatizada y la amplitud léxica. En los últimos años, ha quedado claro que un niño afectado por los T.E.A., también tiene problemas con las Funciones Ejecutivas (FE). Como argumenta Tim Shallice⁴⁴, el término Funciones Ejecutivas indica una serie de procesos cognitivos que interactúan entre sí para iniciar pensamientos y organizar

⁴⁴ Timothy Shallice, *From Neuropsychology to Mental Structure*, 1a edición, Cambridge University Press, 1988.

acciones funcionales para lograr un propósito. En conclusión, incluyen una variedad de procesos cognitivos superiores, como la capacidad de almacenamiento, la planificación y la inhibición de estímulos innecesarios.

1.2. Las etapas del aprendizaje

Como ya se ha mencionado, las fases de lectura, escritura y cálculo definen un proceso complejo que involucra diferentes habilidades cognitivas y lingüísticas. A lo largo de los años, muchos estudiosos han dedicado su investigación a comprender las etapas de desarrollo de estas habilidades. En este capítulo exploraremos las distintas etapas del aprendizaje y nos referimos a los estudios de Uta Frith⁴⁵ en 1985 y otros autores destacados en el campo.

En el proceso de aprendizaje de lectura y escritura, hay varias etapas en las que este proceso madura progresivamente, y que son interdependientes:

1.fase logográfica: la fase alfabética en la que las palabras se leen y se escriben letra por letra, las palabras se reconocen como conjuntos visuales;

2.fase ortográfica: donde las reglas de transformación grafema-fonema se aplican a los grupos de letras;

3.la fase léxica: es donde la lectura tiene lugar enteramente gracias al reconocimiento instantáneo de las palabras. Los

⁴⁵ Frith, U. Beneath the surface of developmental dyslexia, de K.E. Petterson, hecho por J.C. Marshall e M. Coltheart Surface Dyslexia, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 301-330 pag., 1985.

estudios del 1985 realizados por Uta Frith también muestran que, en el caso de la escritura hay etapas de aprendizaje. Pasamos, pues, de la fase de la escritura preconvencional, caracterizada por signos gráficos sin correspondencia fonética, a la escritura silábica en la que solo se escriben unas letras para cada sílaba reconocida. De hecho, el sujeto reconoce las sílabas a nivel visuo-espacial. Más tarde, pasamos a la escritura silábico-alfabética donde reconocemos un mayor número de sonidos de palabras, hasta la escritura alfabética donde se identifica la correspondencia entre sonidos y signos gráficos. En cuanto a las habilidades de cálculo, se debe enfatizar que las habilidades léxicas, semánticas y sintácticas son fundamentales. Estos procesos permiten adquirir nomenclatura numérica, comprender el concepto de cantidad y comprender la relación entre números. La asociación cantidad-número y la comprensión de la gramática interna de los números permiten el desarrollo de tales habilidades. Las habilidades iniciales de lectura, escritura e informática continúan desarrollándose con el tiempo, permitiendo al niño producir oraciones y textos escritos y analizar textos escritos en términos de forma y contenido. En conclusión, el aprendizaje de idiomas es un pilar fundamental de la educación y es por esta razón que esta fase es vital en las materias que presentan T.E.A..

1.3. El aprendizaje de una lengua extranjera y las dificultades en el proceso de memorización

El perfil cognitivo de un individuo con T.E.A. tiene una serie de dificultades con las habilidades de memorización, por lo que, como afirma Reid⁴⁶, el aprendizaje de idiomas para estos estudiantes es una tarea sustancialmente compleja. Es importante entender los obstáculos para estas personas, y esto es posible solo a través de algunos ejemplos específicos. En primer lugar, es necesario, por lo que respecta a la memorización de un fonema o regla gramatical, presentar al alumno una entrada verbal, en forma oral o escrita, acompañada de una serie de otras entradas, como una secuencia musical o una secuencia de imágenes. Basado en este punto de partida, se activará un estímulo, y el estudiante espontáneamente "activará" algunos sentidos (audición o vista), tal activación se define como sensorial. Por lo tanto, se deduce que, si al alumno se le presenta una palabra en forma oral se activará el sentido del oído, por otro lado, si se le presenta una palabra en forma escrita asociada con la imagen, se activará el sentido de la vista. Otra dificultad para los sujetos afectados por estos trastornos, es la aprehensión de una lengua extranjera. La presencia de una falta de memoria de trabajo, para estos estudiantes, conduce a una dificultad para asimilar fonemas lingüísticos muy similares entre sí, como sucede en el idioma inglés. Además, pueden tener dificultades para identificar fonemas que corresponden a grafemas, o más bien cartas escritas. Es esencial tener en cuenta ciertas características

⁴⁶ Gavin Reid, *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*, 5a edición, Wiley, 2016

de las lenguas, que pueden o no facilitar el aprendizaje de una lengua extranjera como: la "transparencia/opacidad" de la transcripción (grado de correspondencia entre fonemas y grafemas); la "consistencia" (relación entre la pronunciación de letras individuales y la representación de éstas); la estructura silábica y la sintaxis. Por ejemplo, el italiano y el alemán se definen como idiomas "transparentes", porque tienen una correspondencia entre el escrito y el hablado. Por el contrario, el francés y el inglés tienen una correspondencia baja y, por lo tanto, se llaman "idiomas opacos"⁴⁷. En este proceso, un chico afectado, no solo podría experimentar problemas de memorización, sino que también podría presentar dificultades relacionadas con la esfera emocional. El siguiente fenómeno se llama "ansiedad lingüística"⁴⁸, un estado de ansiedad que resulta ser muy frecuente y muchos de estos estudiantes lo experimentan durante los interrogatorios. Exactamente en esta situación, el estudiante está en un vórtice de ansiedad y resignación debido a los "fracasos" que recoge cuando, por ejemplo, se le pide que lea un texto en inglés o cuando le pide que repita una palabra en alemán. Llegamos a la conclusión de que, en el caso específico de aprender un idioma extranjero, el estudiante que está experimentando fracasos continuos, puede pensar que es incapaz de aprender otro idioma.

⁴⁷ A. Cardinaletti, F. Santulli, E. Genovese, G. Guaraldi, E. Ghildoni en *Dislessia e apprendimento delle lingue, Aspetti linguistici, clinici e normativi*, Erickson, Trento, 2014.

⁴⁸ E. Pierchuska-Kuciel, *Language anxiety in secondary grammar school students*, Opole University Press, Opole 2008.

2. T.E.A.: TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

En 1968, por primera vez en la historia, Samuel Alexander Kirk, un conocido educador y psicólogo estadounidense, utiliza la expresión learning disabilities para indicar trastornos de los procesos de lectura, escritura, cálculo e interacción social. Por lo tanto, tales trastornos no eran atribuibles principalmente a patologías neuromotoras, cognitivas, psicopatológicas y/o sensoriales⁴⁹. Es bien sabido, que en Italia solo después de 40 años, estos trastornos fueron reconocidos. De hecho, a partir de octubre de 2010 con el advenimiento de la Ley n° 170, estas patologías fueron reconocidas y posteriormente publicadas en el Boletín Oficial de la República Italiana n°244 el 18 de octubre de 2010, que se basa completamente en la Clasificación Internacional CIE-10⁵⁰ de la Organización Mundial de la Salud. La ley describe las características de estos trastornos en los que las formas normales de adquirir las capacidades en cuestión se alteran ya en las primeras etapas de desarrollo. No son el resultado de una falta de oportunidades para aprender y no se deben a una enfermedad cerebral adquirida. Más bien, se cree que los trastornos resultan de anomalías en el procesamiento cognitivo relacionadas en gran medida con algún tipo de disfunción biológica⁵¹. Sin embargo, además de las medidas y herramientas compensatorias previstas en la legislación, la

⁴⁹ Cornoldi C. *I disturbi dell'apprendimento*. Il Mulino, 1991.

⁵⁰ La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, correspondiente a la versión en español de la versión en inglés ICD-10, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

⁵¹ CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 1992

contribución de las terapias de rehabilitación y la gestión y la "conexión" entre los maestros, la familia y los terapeutas no debe devaluarse. Es bien sabido que era necesario identificar tales trastornos y era importante cosechar los beneficios positivos de un diagnóstico realizado en poco tiempo. Sin duda, el diagnóstico precoz ha logrado evitar repercusiones negativas tanto para el entorno escolar como para los componentes psicoafectivos del individuo. Estos trastornos se definen como "específicos" porque afectan a un dominio específico de la capacidad, dejando intacto el funcionamiento intelectual general, especialmente en el CI (Cociente Intelectual) igual o superior a la media.

En conclusión, los programas de prevención y detección han permitido la difusión de conocimientos sobre el trastorno y la aplicación de intervenciones destinadas a contener las condiciones generales de riesgo asociadas con la presencia de los T.E.A., como el fracaso, el abandono escolar prematuro, trastornos de atención y un componente motivacional insuficiente.

2.1. Clasificación de los Trastornos Específicos del Aprendizaje

Las discapacidades de aprendizaje son condiciones que pueden afectar la capacidad de una persona para adquirir y utilizar habilidades académicas fundamentales, a pesar de la inteligencia adecuada y las oportunidades de aprendizaje. Tales trastornos pueden manifestarse en diferentes áreas de experiencia, como la lectura, la escritura, las matemáticas y la

expresión verbal. Además, estos trastornos se clasifican como T.E.A. por CIE-10 y DSM-IV⁵². Los trastornos específicos del aprendizaje se dividen en cuatro categorías: dislexia evolutiva, disortografía, disgrafía y discalculia. Por lo tanto, es críticamente importante entender las características individuales de cada trastorno, para entender, más tarde, los posibles métodos de intervención:

- trastorno de la lectura (dislexia): las personas afectadas por dislexia pueden tener dificultad para descodificar las palabras, es decir, reconocer y conectar los sonidos de las letras (fonemas) con los símbolos escritos correspondientes (grafemas), esto conduce a errores en la fase de lectura. De hecho, las personas con dislexia leen a un ritmo menor que sus compañeros y pueden tener dificultades para mantener la fluidez en este proceso. Es importante destacar que la dislexia no es causada por falta de inteligencia, falta de compromiso o deficiencias educativas. En conclusión, esta discapacidad se debe probablemente a una dificultad en el proceso de automatización⁵³.

⁵² El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición, es la obra más completa y actualizada de la práctica clínica, a disposición de los médicos especializados en salud mental e investigadores.

⁵³ Escuela de Posgrado en Neuropsiquiatría Infantil. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Catania, artículo "Disturbi specifici dell'apprendimento" por Sabina Lauria y Agata Fiumara, publicación de la Unión Internacional de la Salud en la revista IL CADUCEO, 2014.

<< La vida de un artista es en muchos aspectos similar a la de un disléxico. Está en nuestra naturaleza hacer del creador una víctima, convirtiéndolo en un forastero y un inadaptado. Si no fuera por mi lucha con la dislexia, dudo que alguna vez me convertiría en escritor o aprendería a escribir. >>

(Philip Schultz⁵⁴ , discurso de premiación Pulitzer)

- trastorno de la escritura (disgrafía): entendido como capacidad gráfico-motriz, específicamente en relación con las dificultades encontradas en la expresión escrita. A continuación, tenemos algunas características típicas de la desgracia: escritura ilegible, ya que es muy común tener una escritura que no es fácil de leer;

- trastorno de cálculo (discalculia): este trastorno implica dificultad en la comprensión y el uso de los números y conceptos matemáticos. Las personas afectadas por este trastorno no pueden entender los números y el impedimento real está representado por la ejecución de operaciones matemáticas. Sin embargo, hemos llegado a la conclusión de que es precisamente en la vida cotidiana que se encuentran las mayores dificultades,

⁵⁴ Philip Schultz, poeta, nacido en 1945, Rochester. Fue el ganador del Premio Pulitzer en 2008.

solo pensar en la gestión del dinero o la simple acción de controlar el reloj;

- trastorno de la disortografía: básicamente, cuando la capacidad de codificación fonológica y la competencia ortográfica se ven comprometidas, como resultado, las personas afectadas por este trastorno presentan dificultades persistentes y significativas a la ortografía correcta de las palabras. Otro obstáculo puede ser representado por la segmentación de los sonidos, ya que es complejo dividir las palabras en sonidos individuales (segmentación fonética), un proceso fundamental para aprender la ortografía correcta de las palabras.

Al final, es crucial señalar que estos trastornos pueden variar en gravedad de persona a persona y pueden estar presentes simultáneamente en un individuo (por ejemplo, una persona puede tener dislexia y disgrafía).

2.2. Evaluación y diagnóstico

El principio fundamental para establecer y formular un diagnóstico de un Trastorno Específico de Aprendizaje (TEA) radica en el concepto de discrepancia entre las habilidades en el dominio afectado y la inteligencia general. Una vez definido este principio, es crucial considerar el uso de pruebas estandarizadas (para evaluar la inteligencia general y las capacidades específicas) con el fin de descartar deficiencias sensoriales,

trastornos emocionales y situaciones de desventaja relacionadas con el entorno cultural de pertenencia.

Sabiendo que, un individuo promedio típicamente tiene un CI que oscila entre 85 y 90, se entiende que con un CI igual o mayor a 85, se identifica un Trastorno específico de aprendizaje. Por otro lado, con un coeficiente intelectual de alrededor de 70, se identifica la discapacidad intelectual. En otras palabras, para que un individuo sea certificado, debe tener un cociente de inteligencia normal. Además, es importante recordar que tanto el DSM-IV como el CIE-10 consideran parámetros específicos para el diagnóstico, incluida la precisión en el proceso de decodificación, la velocidad de lectura y la comprensión del texto. El procedimiento diagnóstico comprende dos procesos diferenciados: el diagnóstico funcional, que evalúa el nivel de deterioro del trastorno, y el diagnóstico clínico, formulado en base a los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión. Por esta razón, el proceso de diagnóstico se resume en los siguientes pasos:

- detección temprana: típicamente, el diagnóstico de estos trastornos comienza con la detección temprana, que implica la identificación de posibles signos como falta de atención, hiperactividad, ansiedad de rendimiento y retraso del lenguaje;
- evaluación inicial: si estas características están presentes en todos los contextos del individuo, se requiere una evaluación inicial, realizada por profesionales calificados como psicólogos, psiquiatras o pediatras. Durante esta fase, se recopila información sobre la historia del desarrollo, el comportamiento social y

comunicativo y se descartan otras posibles causas de los síntomas observados, como la discapacidad intelectual u otros trastornos del desarrollo neurológico;

- evaluación multidisciplinar: tras la segunda fase, se inician pruebas estandarizadas para evaluar las dificultades de aprendizaje. Comienza con la evaluación de las funciones ejecutivas (por ejemplo, la atención, la memoria) y luego, procede a investigar la lectura, la escritura y las habilidades matemáticas;
- exclusión de otras condiciones: durante el proceso de diagnóstico, es importante descartar otras condiciones médicas que puedan causar síntomas como los de TEA. Esto puede requerir consultas con especialistas médicos, como neurólogos o genetistas, para identificar o excluir otras posibles causas;
- diagnóstico y formulación del perfil: basado en los resultados obtenidos a través de la evaluación multidisciplinar y después de excluir otras condiciones.

2.3. Dislexia: estrategias didácticas

<<La dislexia no es más que inconformidad, la esencia misma de la diversidad>>.

Philip Schultz

La dislexia es el trastorno de aprendizaje más común y se diagnostica con una incidencia más alta. De hecho, según los

datos proporcionados por el Ministerio de Educación italiano, hay 177.000 estudiantes en Italia con un diagnóstico certificado. De acuerdo con la clasificación de la dislexia por Bakker⁵⁵, se argumenta que hay tres tipos de dislexia. La primera, tipo P, es "dislexia perceptiva", caracterizada por lectura lenta con errores frecuentes. En este caso, el hemisferio izquierdo tiene una participación limitada y por lo tanto está bajo activado. Por otro lado, está el segundo tipo, el tipo I, llamado "dislexia lingüística", definido por una lectura rápida pero incorrecta caracterizada por errores específicos. En este caso, el hemisferio derecho tiene una participación limitada. El último caso, tipo M, se llama "dislexia mixta." Este se distingue por una "combinación" de lectura lenta y errores frecuentes, con ambos hemisferios con baja activación, y sin duda, este es el tipo más diagnosticado. Identificar estos tipos de dislexia es la fase principal y crucial de la tarea de un profesional. Enseñar a los estudiantes con este trastorno es un verdadero desafío. La primera estrategia podría ser utilizar una grabadora, ya que las principales dificultades residen en el proceso de lectura. Además, destacar la información clave dentro de una tarea también podría ser otro método útil, ya que el obstáculo radica en la identificación de directrices clave. Además, planificar actividades prácticas, que son las que más ayudan al estudiante con un trastorno de aprendizaje específico, es definitivamente algo de ayuda. Se deduce que, teniendo una rutina diaria bien definida, es igualmente importante no alterar los ritmos del estudiante.

⁵⁵ D. Bakker, *Neuropsychological Treatment of Dyslexia*, 1a Edición, Oxford University Press, 1990, pag. 105-118.

3. LAS COMORBILIDADES

En el campo médico, la comorbilidad es un término utilizado para indicar la aparición simultánea de diferentes enfermedades dentro del mismo individuo. Específicamente, esta expresión puede referirse a dos o más enfermedades concurrentes que no son dependientes entre sí, o puede referirse a trastornos o enfermedades que se desarrollan más tarde después del diagnóstico de la condición subyacente. Detectar la presencia de estas condiciones no es fácil; de hecho, para hacer un diagnóstico, es necesario identificar los síntomas o comportamientos específicos de una enfermedad.

En el ámbito de los Trastornos Específicos de Aprendizaje, como se ha explicado en los capítulos anteriores, se discute la comorbilidad cuando estas discapacidades coexisten en el mismo paciente. Por lo tanto, estos trastornos también pueden ser en comorbilidad con otros trastornos del desarrollo tales como los del lenguaje, trastornos de coordinación motora, trastornos de atención, trastornos emocionales y trastornos del comportamiento ⁵⁶. Estas condiciones se conocen como discapacidades psicopatológicas, y como resultado, se sabe que pueden estar asociados con un trastorno psicopatológico. Las afecciones se denominan trastornos psicopatológicos, por lo tanto, se hace evidente que un T.E.A. puede estar asociado con una discapacidad psicopatológica. Afortunadamente, hay casos en los que este trastorno, gracias al tratamiento, tiende a

⁵⁶ Artículo: Comorbidità nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, publicado en el blog educativo Connettiti alla Psicologia, por la doctora Serena Costa, marzo de 2014.

retroceder y conduce a una consiguiente mejora en el aprendizaje. En conclusión, entendemos que, para diagnosticar un trastorno de aprendizaje específico, es importante tener en cuenta la conexión e interacción de las otras áreas vinculadas al funcionamiento del individuo.

3.1. Trastornos internalizantes y externalizantes

En general, se caracterizan dos tipos de trastornos psicopatológicos que pueden estar asociados con los T.E.A.: trastornos internalizantes y trastornos externalizantes. Los trastornos internos se caracterizan por síntomas y comportamientos que se dirigen principalmente hacia el interior, haciéndolos menos visibles para los observadores externos, lo que resulta en malestar y angustia interna. Estos trastornos involucran principalmente los aspectos emocionales y cognitivos del individuo, además, estas condiciones también se conocen como "defectos de cierre" porque están estrechamente vinculados con el aislamiento social, lo que conduce a una baja autoestima. Así, los trastornos internalizantes se dividen de esta manera: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos somatoformes (cuando el sujeto somatiza una molestia psíquica). Sin embargo, los más comunes son los trastornos de ansiedad, caracterizados por melancolía, momentos de incomodidad, mala interpretación de las señales (físicas y no), ansiedad incontrolada en ciertas situaciones e hipersensibilidad. Se enfatiza que las personas que sufren de estos trastornos

pueden experimentar sensaciones crónicas, miedo intenso, ataques de pánico y un sentido general de aprehensión. Además, en muchos casos la sintomatología puede interferir con la vida cotidiana y causar considerables inconvenientes.

Por otra parte, se observa que los trastornos externalizantes son más fáciles de determinar y se caracterizan por síntomas y comportamientos que se manifiestan principalmente hacia el exterior; además, esas condiciones crean malestar en el ámbito social y de comportamiento. Estos trastornos a menudo implican una incapacidad para manejar las emociones adecuadamente y pueden causar problemas en la relación con los demás. En esta categoría hay trastornos de conducta disruptiva, como el trastorno desafiante por oposición (TDO) y el trastorno de conducta. En el caso de estos niños exhiben comportamiento desafiante, desobediente e irritable y a menudo tienden a resistir las demandas de los adultos. De hecho, entre los comportamientos mostrados se encuentran la violación de reglas, rabietas, discusiones con adultos, el uso de lenguaje obsceno, perturbar a otros, atribuir las causas de su comportamiento a otros, estado de ánimo negativo e irritabilidad⁵⁷. En cambio, por lo que se refiere al trastorno de conducta, los niños o adolescentes muestran comportamientos antisociales como la agresión contra personas o animales, la destrucción de la propiedad de otros y la violación. Otro trastorno dentro de esta categoría es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), un desorden del desarrollo neurológico que se manifiesta durante la infancia, persiste

⁵⁷ Kaufman, J. et al. (2016) K-SADS-PL DSM-5. Yale: Yale University. Traducida por K-SADS-PL DMS-5, Trento, Edizioni Centro de Estudios Erickson, 2018.

durante todo el desarrollo y también puede continuar en la edad adulta. Este se caracteriza por la presencia de síntomas como falta de atención, hiperactividad e impulsividad que interfieren constantemente con la vida del sujeto. En conclusión, sobre todo en lo que se refiere a la externalización, se sabe que se pueden lograr mejoras en el rendimiento académico y en los procesos de aprendizaje.

3.2. Las implicaciones emocionales

<<Cuando perdemos el derecho a ser diferentes, perdemos el privilegio de ser libres>>.

Charles Evans Hughes⁵⁸

Los niños con trastornos de aprendizaje específicos pueden desarrollar diferentes reacciones emocionales que dependen de sus experiencias individuales, edad, apoyo social e intervenciones recibidas. Estas reacciones emocionales son consecuencia de dificultades de aprendizaje. En otras palabras, estos niños no comienzan con un sentimiento de derrota, sino que lo desarrollan debido a las dificultades que encuentran. Después de enfrentar lecturas difíciles, escritura poco fluida y cálculos incorrectos, el niño sufre una verdadera crisis emocional. Es importante señalar que estas reacciones emocionales no están directamente relacionadas con la aparición de comorbilidades, de hecho, en muchos casos, los T.E.A. se desarrollan en una etapa posterior, después de que el niño ya ha

⁵⁸ Charles Evans Hughes (Glens Falls, 11 de abril de 1862 - Osterville, 27 de agosto de 1948) fue un jurista y político estadounidense.

experimentado dificultades de aprendizaje. La complejidad del aprendizaje en las etapas de lectura, escritura y cálculo aumenta la probabilidad de fracaso para estos niños. En este punto, los compañeros comienzan a juzgar negativamente al niño, lo que tiene un impacto diferente a la corrección por parte de los maestros, que tratan de ayudar y apoyar al niño. Los compañeros de clase no tienen "filtros" y a menudo se burlan del chico, impulsado por el miedo a la "diversidad" y la falta de conciencia sobre el diagnóstico. Además, el niño no acepta la percepción negativa de los demás, y esto contribuye a reducir la autoestima. La reducción de la autoestima lleva al niño a abandonar la tarea y perder la motivación, el deseo y el interés. Como resultado, el niño se cansa y se siente frustrado no solo por la tarea en sí, sino también por los juicios de los demás. Otro aspecto es la agresión, que puede manifestarse a través de acciones intencionales que causan daño físico o psicológico a otras personas u objetos. Por fin, los niños comprometidos pueden desarrollar ansiedad y estrés debido a constantes desafíos en el aprendizaje y preocupaciones constantes relacionadas con el fracaso y las consecuencias de sus dificultades.

3.3. Dificultades emocionales

Las dificultades emocionales, por lo tanto, pueden manifestarse de manera diferente, dependiendo del tipo de T.E.A. y el nivel de apoyo y comprensión que el niño recibe de los demás. Durante los últimos años, varios estudios han dirigido su investigación más allá del análisis de los procesos cognitivos de

los estudiantes con estas patologías y han llegado a saber que los factores emocionales pueden influir en el desarrollo de un individuo y causar angustia o desajuste. Las dificultades emocionales a las que debe prestarse atención y que deben tenerse en cuenta como una especie de "llamada de atención" son las siguientes: frustración y sensación de insuficiencia, ansiedad de rendimiento, aislamiento social, baja autoestima y sentimiento devaluado. En primer lugar, en cuanto al sentimiento de frustración e insuficiencia, describe un estado en el que uno se siente incompetente e incapaz de satisfacer las expectativas académicas y sociales. En segundo lugar, como consecuencia de las dificultades emocionales, se percibe el trastorno de ansiedad de rendimiento. Este estado, además de afectar el nivel de ansiedad, puede afectar la capacidad de concentración y expresión del conocimiento. Estas actitudes se notan en la edad escolar, ya que aunque son trastornos del desarrollo, es decir, que existen desde las primeras etapas de desarrollo, se producen como un evento inesperado, dado que el desarrollo del niño en años anteriores tuvo lugar en formas y momentos que estaban básicamente en el rango normal⁵⁹. Por lo tanto, en conclusión, se entiende que las personas que luchan con estas dificultades pueden desarrollar comportamientos de evitación hacia el contexto escolar, pueden mostrar síntomas de ansiedad y depresión, o mostrar actitudes de rechazo hacia el proceso de aprendizaje.

⁵⁹ Ciro Rugggerini, Luci A., *Il ruolo della psicoterapia nei disturbi specifici dell'apprendimento*, 2010, Dislessia Vol7 n2 pag. 197-209.

4. INTERACCIÓN CON EL PACIENTE

Tal capítulo de la tesis, como se explica en la introducción, representará la parte experimental del estudio. De hecho, se presentará una experiencia vis-a-vis con un chico que tiene una anamnesis de T.E.A.. Por lo tanto, en colaboración con el equipo, especialmente la neuropsicomotricista Alessandra Stara, del Centro de Rehabilitación I.P.R. en Nápoles, ubicado en la calle Canonico Scherillo, veremos cómo se caracteriza la figura del terapeuta y qué papel desempeña en la vida del paciente. Se describirá un día típico en el centro médico, luego se analizarán tanto las metodologías de intervención como las estrategias adoptadas por el equipo. En conclusión, cabe señalar que el objetivo de la visita es refutar lo que se escribió en el estudio, comprender los métodos de intervención y, sobre todo, demostrar cuáles son las implicaciones emocionales encontradas en el paciente.

4.1. El caso clínico

El paciente frecuenta el Centro desde hace ocho años. Su nombre es S.S, de 22 años, tiene un diagnóstico de dislexia en comorbilidad con TDAH, como resultado, tiene un trastorno atencional, es decir, un trastorno evolutivo caracterizado por dificultades relacionadas con la atención o la impulsividad. Además, también presenta un trastorno del comportamiento, que es un trastorno de la conducta que refleja el cumplimiento de las normas. Después de un análisis cuidadoso y preciso del caso, los

especialistas consideraron que tiene una discapacidad cognitiva leve, con dos aspectos característicos. El primer aspecto describe una perturbación del habla definida por un ritmo rápido; en cambio, el segundo elemento es una aceleración del pensamiento y el contenido creativo caracterizado por una velocidad excesiva. La familia afirma que, S.S a lo largo de los años ha visto mejoras no solo en la fase de aprendizaje, sin embargo, especialmente para lo que se refiere a las relaciones interpersonales y la expansión de los intereses. Después de los primeros años de terapia, de hecho, estableció una excelente relación con sus compañeros de clase y con sus "colegas de rehabilitación", se unió a la natación y se convirtió en un apasionado de la equitación. Como resultado, para el paciente, el equipo que lo sigue se ha convertido en una familia y se siente cómodo con ellos, es libre de expresar sus ideas y ya no asume una actitud que tiene que ver con el T.D.O..

4.2. Intervención terapéutica

Cabe señalar que, S.S va a la I.P.R. cinco veces a la semana, de 09.00 a 15.30. Como se explicó anteriormente, es seguido por la doctora Alessandra Stara especialista en su campo. Gracias a su ayuda, pudimos asistir a la terapia de rehabilitación del paciente y tuvimos la oportunidad de pasar un día en su compañía, delineando todos los aspectos de su patología, descritos en el diagnóstico. Tenemos que señalar que no está en la edad de desarrollo (que es aproximadamente de 3 a 10 años). Por esta razón, realiza diferentes actividades que los

niños más pequeños, incluso si comparten el mismo diagnóstico. El médico explicó que el niño sigue varias actividades de laboratorio como por ejemplo, musicoterapia, laboratorio de arte y psicoterapia. Sin embargo, el laboratorio más seguido por el paciente, resulta ser el de la autonomía: una actividad dirigida a la organización y estabilización de una rutina diaria regular. De hecho, la actividad que vimos y que más involucró a S.S fue la preparación de la mesa para el almuerzo, observamos que aquí cada uno de los pacientes asume un papel. Es interesante ver cómo el chico, en colaboración con sus amigos, prepara la mesa, sirve las comidas y finalmente limpia. Esta fase de la vía de rehabilitación, de hecho, es fundamental porque enseña el respeto a las reglas, aspecto crucial para los pacientes con T.E.A. en comorbilidad con trastorno de hiperactividad. Por otro lado, veamos cómo procedemos para la dislexia, la actividad propuesta es multimedia con el uso de ordenadores y/o tabletas con imágenes, sonidos, colores y letras. Al final, después de una sesión de rehabilitación, entendemos las estrategias a adoptar con el paciente:

- proponer actividades de creciente dificultad;
- modeling, es decir, un modelo de aprendizaje por imitación que consiste en la propuesta de experiencias de asimilación mediante la observación de un sujeto que actúa como modelo;
- refuerzo positivo: recompensa al paciente cuando realiza una buena actividad.

4.3. El aspecto emocional del paciente

Las emociones que una persona con tales patologías puede experimentar durante la rehabilitación pueden variar ampliamente de persona a persona, sin embargo, hay algunas emociones comunes que pueden surgir. En general, es bien sabido que las emociones son:

1.frustración: un síntoma común relacionado con la gestión de la atención, la organización y el control de los impulsos;

2.esperanza: durante el curso de la rehabilitación, muchos pacientes buscan la esperanza de ver progreso y mejoras en sus habilidades;

3.ansiedad: un síntoma muy frecuente;

4.felicidad: el logro de pequeños éxitos o el descubrimiento de estrategias eficaces puede conducir a momentos de felicidad y satisfacción;

5.decepción: no todo va según lo planeado durante el curso de rehabilitación. La decepción puede surgir cuando no se cumplen las expectativas o cuando se producen reveses temporales;

6.orgullo: los pacientes pueden experimentar este sentimiento cuando alcanzan sus metas o adquieren nuevas habilidades.

Gracias al apoyo del equipo del paciente, durante la terapia, sabemos que los T.E.A. en comorbilidad con TDAH, por esta razón en ciertas dinámicas se vuelve disfuncional y tiene tics

temporales. Además, vemos que cuando logra llevar a cabo las actividades correctamente, responde positivamente, de hecho, esto afecta su autoestima y el chico está disponible para continuar el trabajo. Por otro lado, cuando falla, por desgracia entra en un estado de ansiedad y frustración, debido al fracaso que acaba de ocurrir. Observamos que S.S. inicialmente tiene una actitud proactiva hacia el trabajo que hay que hacer. Sin embargo, estas disfunciones, que aparecen durante la ejecución de la actividad, desarrollan una reacción de desconfianza hacia el profesional de la salud. Por lo tanto, vemos que es necesaria una intervención del trabajador sanitario.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue investigar el fenómeno de los Trastornos Específicos de Aprendizaje, comprender las emociones del paciente y comprender cuáles son las metodologías de intervención más adecuadas. La pregunta principal en la base de la investigación fue: "¿Cómo se siente un chico que tiene este tipo de trastornos?". Para responder de manera admisible a la pregunta, entramos en su mundo y vivimos una experiencia completa con el equipo médico del Centro de Rehabilitación I.P.R. de Nápoles. Tuvimos la oportunidad de refutar lo que se había escrito dentro de la elaboración, además, pudimos ver no solo cómo procede la figura del terapeuta, cuya fuerza mental y física debe ser enfatizada, sino también cómo reacciona un niño, que no puede expresarse plenamente. Por lo que respecta al campo del aprendizaje, entendimos que tal macroárea debe ser entrenada entre 2 y 6 años, porque después de que el niño ya no puede asimilar una determinada actividad o comportamiento. Por otro lado, en cuanto a la evaluación y diagnóstico, se sabe que es un proceso completamente subjetivo, seguramente se recomienda contactar a un especialista lo antes posible, especialmente cuando el niño muestra dificultades obvias en los procesos de lectura, escritura y cálculo. En este trabajo, por lo tanto, también desarrollamos una parte dedicada a la esfera emocional, en la que entendimos lo importante que es respetar las emociones de un niño que tiene dificultades en la expresión de sí mismo. Por fin, se entiende que un chico con estas patologías tendrá dificultades en muchas etapas de su

camino de crecimiento, desde la mera fase de aprendizaje hasta la fase de interacción con sus compañeros. Sin embargo, se ha demostrado que, si se sigue con los métodos adecuados de rehabilitación y si se entienden sus emociones, es posible contener daños graves y repercusiones.

INTRODUÇÃO

O trabalho faz parte de uma área de pesquisa que evoluiu consideravelmente nos últimos anos. O tema abordado é o aprendizado e as dificuldades que se encontram nas primeiras fases deste último. Devemos pensar nos inúmeros impedimentos que podem surgir na primeira fase de crescimento e que, juntamente com as dificuldades inerentes às características de um indivíduo, contribuem para o aparecimento de um verdadeiro transtorno que torna o caminho de aprendizagem permeado por obstáculos.

Neste caso, note-se que o "obstáculo" é representado por Transtornos específicos da aprendizagem (TEAp), que, especialmente no domínio médico-pediátrico, são fenômenos muito frequentes e são definidos como patologias do desenvolvimento neurológico que afetam as competências de leitura, escrita e cálculo. Além disso, neste estudo será salientado que esses distúrbios também podem aparecer associados uns aos outros. O presente trabalho tem como objetivo analisar em detalhe as fases de aprendizagem e conhecer especificamente os TEAp e a consequente classificação. A aprendizagem de línguas desempenha um papel fundamental na educação escolar e, portanto, é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento cognitivo, comunicativo e cultural dos indivíduos.

<<O importante não é tanto que toda criança deva ser ensinada, mas que toda criança deva ter o desejo de aprender>>.

(John Lubbock⁶⁰)

Em 1968, Samuel Alexander Kirk, um conhecido educador e psicólogo americano, pela primeira vez na história usou a expressão *learning disabilities* para indicar distúrbios dos processos de leitura, escrita, cálculo e habilidades de interação social. Tais distúrbios não são atribuível primariamente a patologias neuromotoras, cognitivas, psicopatológicas e/ou sensoriais, mas são definidos com base na falta de cumprimento dos critérios esperados de aprendizagem em crianças normalmente escolarizadas, em comparação com o potencial do sujeito ⁶¹ . É bem sabido que na Itália os TEAp foram reconhecidos somente depois de 40 anos. Desde 8 de outubro de 2010, com o advento da Lei n.o 170, “Novas regras sobre dificuldades de aprendizagem específicas nas escolas”, estes transtornos foram reconhecidos e posteriormente publicados na *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (Jornal Oficial da República Italiana)n. 244 de 18 de outubro de 2010, que remete completamente à Classificação Internacional CID-10 ⁶² da Organização Mundial da Saúde. A seguinte classificação descreve muito claramente as características desses distúrbios, em que as modalidades de aquisição das capacidades em questão são alteradas já nos estágios iniciais de

⁶⁰ Estudioso inglês, nascido em Londres em 30 de abril de 1834, morreu em Ramsgate em 28 de maio de 1913. Tradução da citação pela candidata.

⁶¹ Cornoldi C. I disturbi dell'apprendimento, Il Mulino, Bolonha, 1991.

⁶² A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

desenvolvimento. Salienta-se que eles não são o resultado de uma falta de oportunidade de aprender e não são devido a uma doença cerebral adquirida. Em vez disso, acredita-se que os distúrbios resultam de anormalidades no processamento cognitivo relacionadas em grande parte a algum tipo de disfunção biológica⁶³. As dificuldades de aprendizagem são condições que podem afetar a capacidade de uma pessoa de adquirir e utilizar habilidades acadêmicas fundamentais, apesar da inteligência adequada e das oportunidades de aprendizado. Além disso, as patologias classificadas como TEAp pela CID-10 e DSM-IV⁶⁴ são: dislexia evolutiva, desortografia, disgrafia e discalculia. É de fundamental importância compreender as características individuais de cada transtorno, a fim de compreender, posteriormente, os possíveis métodos de intervenção:

- distúrbio de leitura (dislexia): ele se manifesta pela dificuldade em ler e reconhecer palavras. Pessoas com dislexia podem ter dificuldade em decodificar palavras, ou seja, reconhecer e conectar os sons das letras (fonemas) com os símbolos escritos correspondentes (grafemas), isso leva a erros na fase de leitura e, especialmente, a leitura se torna lenta e cansativa. Na verdade, as pessoas com dislexia leem a uma taxa menor do que seus pares e podem ter dificuldade em manter a fluência nesse processo específico;

⁶³ CID-10, Organização Mundial de Saúde (OMS), 1992.

⁶⁴ MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS.

<<A vida de um artista é em muitos aspectos semelhante à de um disléxico. É da nossa natureza fazer do criador uma vítima, tornando-o um estranho e um desajustado. Se não fosse por minha luta com a dislexia, duvido que eu teria me tornado um escritor ou que eu teria sido capaz de ensinar outros a escrever>>.

Philip Schultz⁶⁵, discurso no Prémio Pulitzer

- transtorno da escrita (disgrafia): entendido como habilidade gráfico-motora, especificamente no que diz respeito às dificuldades encontradas na expressão escrita. Aqui estão algumas características típicas da disgrafia: escrita ilegível, uma vez que é muito comum possuir escrita difícil de ler ou confusa. Os sujeitos podem ter dificuldade em formar letras com precisão e consistência. Além disso, outro grande problema ocorre com a caligrafia que é irregular, confusa e muito grande, falta de alinhamento adequado e de espaçamento preciso;

- distúrbio de cálculo (discalculia): esse distúrbio envolve a dificuldade em entender conceitos matemáticos. As pessoas com esse transtorno podem ter outro conjunto de características específicas, como uma má compreensão dos números e a relação entre eles. Além disso, o impedimento real é a execução de operações matemáticas;

⁶⁵ Philip Schultz, poeta, nascido em 1945, Rochester. Ele foi o vencedor do Prêmio Pulitzer em 2008. Tradução da citação pelo candidato.

- transtorno de desordem ortográfica: basicamente quando a capacidade de codificação fonológica e competência ortográfica são prejudicadas. Como resultado, as pessoas afetadas por esse transtorno apresentam dificuldades persistentes e significativas no que se refere à correta ortografia das palavras.. Além disso, eles podem ter dificuldade em lembrar regras de ortografia, reconhecer sequências de letras corretas ou aplicar regras de correspondência entre sons e grafemas.

É crucial notar que esses distúrbios podem variar em gravidade de pessoa para pessoa e podem estar presentes simultaneamente em um indivíduo (por exemplo, uma pessoa pode ter dislexia e disgrafia). Para entender melhor o assunto do trabalho, é necessário entender o significado do termo médico "comorbidade", isso é usado para indicar a ocorrência simultânea de diferentes patologias, presentes para o mesmo indivíduo. No campo dos TEAp, como já explicado anteriormente, fala-se de comorbidade quando esses distúrbios coexistem no mesmo paciente. Os transtornos específicos de aprendizagem, portanto, também podem estar em comorbidade com outros distúrbios do desenvolvimento, como distúrbios da fala, distúrbios da coordenação motora, distúrbios da atenção, distúrbios emocionais e comportamento⁶⁶.

O distúrbio mais diagnosticado é o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), um distúrbio do neurodesenvolvimento que se manifesta durante a infância, se mantém durante o desenvolvimento e pode persistir até a idade

⁶⁶ Artigo: Comorbidità nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, publicado no blog educacional "Connettiti alla psicologia" por Serena Costa, 23 de março de 2014.

adulta. É caracterizado pela presença de sintomas como desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem constantemente na vida do sujeito afetado. Em conclusão, apresentaremos uma parte experimental realizada com um paciente e com a ajuda da Dra Alessandra Stara. Veremos quais são os métodos de intervenção e quais são as implicações emocionais do paciente.

INTERAÇÃO COM O PACIENTE

Esta parte da tese, como já explicado durante a introdução, relata a parte experimental do estudo. De fato, uma experiência "vis a vis" será apresentada com um paciente que tem uma anamnese de TEAp e está em comorbidade, ou seja, tem outros distúrbios relacionados. Portanto, em colaboração com a equipe do Centro de Reabilitação I.P.R de Nápoles, localizado na via Canonico Scherillo 8, veremos como se caracteriza a figura do terapeuta e qual o papel que ele assume na vida do paciente. Portanto, descrever-se-á um dia típico com o menino, posteriormente serão analisadas tanto as metodologias de intervenção de reabilitação quanto as estratégias adotadas pela equipe que o trata. Além disso, como resultado, também poderemos entender quais são as reações do sujeito e como ocorrem, focando a atenção especialmente nas dificuldades da esfera emocional. Finalmente, com a ajuda da neuropsicomotora Alessandra Stara, veremos quais são as etapas do cotidiano do sujeito.

O caso clínico

Em primeiro lugar, considera-se adequado salientar que o caso clínico selecionado foi absolutamente aberto a perguntas e solicitações e ficou feliz em receber uma presença fora de sua equipe médica. O paciente denominado S.S, 22 anos, tem diagnóstico de dislexia em comorbidade com TDAH. Como resultado, apresenta tanto um transtorno atento, ou seja, um transtorno evolutivo caracterizado por dificuldades relacionadas à atenção ou impulsividade, como um transtorno comportamental, ou seja, um transtorno de conduta que reflete o cumprimento das regras. Após uma análise cuidadosa e precisa do caso, os especialistas consideraram que ele tem uma deficiência cognitiva leve. O garoto atende o centro há oito anos e, na verdade, é acompanhado não só por uma equipe de terapeutas, mas também por um Gerente de Caso⁶⁷ que, dentro do projeto de reabilitação, tem a tarefa de facilitar as ações internas e externas e as comunicações da equipe responsável. Além disso, este profissional é responsável por manter relações estáveis com o paciente e a família, uma parte fundamental do processo de reabilitação. A família afirma que, S.S., ao longo dos anos tem visto melhorias não só na fase de aprendizagem, mas também nss relações interpessoais e na expansão de interesses. Após os primeiros anos de terapia, de fato, ele estabeleceu um excelente relacionamento com seus "colegas de reabilitação". Como

⁶⁷ O Gerente de Caso é responsável pelo gerenciamento e atendimento do paciente durante todo o processo de tratamento. Da gestão à reabilitação, Ele é uma figura que se baseia na escuta, no diálogo e no planejamento, colocando a pessoa no centro e tratando todos os aspectos da patologia extra-médica: das práticas burocráticas à dimensão psicossocial. Conhecido na Itália como Case Manager.

resultado, para o paciente, a equipe que o segue se tornou uma família. Ele se sente confortável com eles, é livre de expressar suas ideias e já não toma mais uma atitude de oposição provocante, que parecia ser um comportamento recorrente durante os primeiros dias no Centro de Reabilitação. Note-se que, S.S vai para o I.P.R. cinco vezes por semana, das 09:00 às 15:30. A Dra Alessandra Stara é quem segue passo a passo a S.S., segue sua rotina diária e realiza atividades laboratoriais com o paciente. Graças à sua ajuda, pudemos auxiliar a terapia de reabilitação a que ele está submetido, delineando todos os aspectos de sua patologia descritos no diagnóstico.

Enfatiza-se que o paciente não está na idade de desenvolvimento (aproximadamente de 3 a 10 anos), e ao realizar a terapia do centro, leva a cabo atividades diferentes das de um garoto em idade escolar, embora compartilhem a mesma avaliação diagnóstica. Ela explicou que o paciente segue várias atividades laboratoriais, de multimídia a musicoterapia, e depois se muda para o laboratório de arte para se concentrar na atividade motora e na psicoterapia. No entanto, o laboratório mais seguido pelo paciente, acaba por ser o da autonomia: uma atividade voltada para a organização e estabilização de uma rotina diária regular. Aliás, a atividade que vimos e que mais envolveu S.S foi a preparação da mesa para o almoço, notamos que aqui cada um dos pacientes assume um papel. Além disso, de acordo com a equipe, além disso, esse tipo de atividade motora é uma parte importante do caminho, pois é para

neutralizar a perda de autonomia e estabelecer a manutenção das habilidades residuais. Por outro lado, vejamos como tratamos a dislexia. A atividade proposta é multimídia com o uso de computadores e/ ou tablets com imagens, sons, cores e letras. Além disso, após uma sessão de reabilitação, compreendemos que estratégias adotar:

- propor atividades de dificuldade crescente;
- modeling, que é um modelo de aprendizagem por imitação que consiste na proposta de experiências de assimilação através da observação de um sujeito que atua como modelo;
- reforço positivo: recompensar o paciente quando ele está fazendo uma boa atividade, tanto no setor social, elogiando-o ou prometendo-lhe um jogo que ele particularmente gosta.

Graças ao apoio da equipe de S.S, durante o curso da terapia, notamos que ele apresentava comorbidades. Em certas dinâmicas torna-se disfuncional e tem tiques que são secundários. Vemos que, quando ele consegue realizar as atividades corretamente, ele responde positivamente. Na verdade, isso afeta sua auto-estima e ele está disponível para continuar o trabalho. Por outro lado, quando ele não consegue enfrentar o desafio proposto, entra em um estado de ansiedade e frustração, devido ao fracasso que acabou de ocorrer.

Constatamos, portanto, que a S.S. no começo sempre tem uma atitude proativa em relação ao trabalho a desempenhar. No entanto, essas disfunções, que aparecem durante a execução da atividade, desenvolvem uma reação de desconfiança. Portanto,

note-se que a intervenção do operador é necessária, o que não deve ser apenas um incentivo, mas deve ajudá-lo mais na atividade pedida.

Chegamos à conclusão de que, graças ao apoio do médico e à atitude positiva da equipe médica, após uma atividade realizada corretamente, S.S acaba por estar motivado e orgulhoso de si mesmo. Acrescenta-se que, no final do dia de reabilitação com o garoto, após as atividades realizadas, apesar de certos momentos de desconforto ele retornará para casa satisfeito e otimista das habilidades adquiridas.

RINGRAZIAMENTI

Ho desiderato così tanto raggiungere questo traguardo, che mi sembra quasi surreale. Il trasferimento “Napoli-Roma” ha segnato così profondamente la mia vita, da rappresentarne il punto di svolta. Credo che sia troppo difficile esternare tutte le emozioni che ho provato durante il mio percorso universitario e soprattutto ringraziare tutti quelli che mi sono stati accanto, tuttavia mi sono ripromessa di provarci.

Innanzitutto, vorrei ringraziare tutti i miei professori, in particolar modo la mia relatrice la professoressa Adriana Bisirri, devo ringraziare ognuno di loro per avermi insegnato la devozione e la passione per questa professione.

A Ludovica, Martina, Dea, Marzia e Valentina grazie per la forza trasmessa. Voi siete state le mie prime amiche di Roma, le prime di cui mi sono fidata e ci tengo a sottolineare che non siete mai state solo colleghe universitarie. Abbiamo condiviso talmente tanto, che l’emozione prende il sopravvento nello scrivere queste righe.

Grazie Ludo, per essere stata la “mamma” universitaria di tutte noi e soprattutto grazie per essere stata la mia più grande amica d’ansia. Grazie Marti, perché mi hai insegnato che nella vita bisogna prendere le cose con più leggerezza (e grazie per avermi trattenuto con la forza a quell’esame). Grazie Dea, perché mi hai insegnato che gli esami si possono dare anche l’una abbracciata all’altra. Non farti spegnere e risplendi sempre della tua luce. Grazie Marzia, perché tu mi hai insegnato cosa vuol dire combattere per ciò che si vuole veramente. Grazie Vale, per te non basterebbe un foglio per contenere tutti i ringraziamenti che vorrei scriverti. Grazie perché sei entrata nella mia realtà, hai conosciuto la mia famiglia e i miei amici più cari e in poco tempo sei diventata la mia confidente. Ti ringrazio anche perché non hai mai smesso di caricarmi nella vita e nel percorso universitario. Vi voglio bene.

A Nicole e Cosimo, grazie perché più che colleghi siamo stati un gruppo di sostegno. Non riesco a quantificare i caffè presi con voi tra risate,

traduzioni, consecutive, ansie, pianti e chi più ne ha più ne metta. Ci siamo sempre aiutati l'un l'altro, ci siamo coalizzati e supportati e anche se non ci diciamo che ci vogliamo bene perché Nicole non esterna le sue emozioni e Cosimo è come la Svizzera, oggi ve lo dico io: vi voglio bene.

A Giulia, grazie perché nella mia vita tutto avrei immaginato tranne che avere un'amica di Milano. Grazie perché mi hai insegnato che una vera amicizia va oltre i pregiudizi, la fede calcistica e il luogo di provenienza. Grazie perché vieni sempre a prendermi, sopporti i miei sbalzi d'umore, sei la mia insegnante più severa e grazie perché per ogni progresso non fai altro che ribadirmi che sei fiera di me. PS: tra le due, sicuramente la più milanese sono io.

Ad Alex, ti ringrazio per la tua falsità. (Non è una presa in giro)

A tutti colleghi che hanno fatto parte di questa triennale, grazie perché o nel bene o nel male mi ricorderò per sempre di voi.

A Betta, grazie per essermi stata sempre amica. Non ci siamo mai perse, nonostante la distanza. Tra messaggi e videochiamate, mi è sembrato sempre di essere seduta con te in quel bar a piazza Vanvitelli. Sei una delle prime che chiamo quando ho una notizia importante, grazie perché mi hai insegnato la forza di volontà e la dedizione per ciò che si vuole. Ho poche certezze nella vita, ma sono sicura che tu realizzerai i tuoi sogni. Ti voglio tanto bene.

A Claudia, grazie per avermi trasmesso il tuo spirito da grande lavoratrice. Non ricordo un solo giorno in cui tu ti sia fermata, sei instancabile. Grazie perché, quando ci sentiamo, adoro sentirti parlare in dialetto e ricordarmi che in fondo non sono poi così lontano dalla mia terra. Ti auguro di raggiungere i tuoi obiettivi, perché sei l'esempio di una persona che lo merita davvero. Ti voglio bene.

A Naky, grazie per le risate e tutti i momenti di spensieratezza. Grazie perché mi hai insegnato il coraggio di prendere la propria strada senza paura delle conseguenze. Grazie per essere la mia amica pazza. Ti auguro di

trovare il prima possibile la tua dimensione e di stare bene, che tanto lo sai non hai bisogno di nessuno. Ti voglio bene.

A Martina, grazie per avermi trasmesso la sindrome del viaggiatore. La tua voglia costante di scoprire ed esplorare è sempre stata affascinante. Questo percorso lo avevamo iniziato insieme, ma anche se lontane sai che potrai sempre contare su di me.

A Eleonora, grazie perché non hai mai smesso di scrivermi e chiamarmi in questi cinque anni. Tu sei l'amica che non mi ha lasciata sola neanche per un secondo, sei quella che più di tutti è venuta a trovarmi. Sei la mia costante, so che potrei raccontarti qualsiasi cosa senza mai sentirmi giudicata. Grazie perché in tutto questo tempo, non abbiamo mai perso l'abitudine di sentirci al telefono per ore, almeno una volta a settimana. Ringrazio anche Bruno, che ti sopporta. E tu sei la migliore amica che tutti meriterebbero.

A Carolina, ti ringrazio per la pazienza avuta durante la stesura della tesi, per le pressioni giornaliere e per la correzione dei capitoli. Questo lavoro è mio quanto tuo. La nostra non è un'amicizia, tu sei mia sorella. Abbiamo vissuto per i primi vent'anni della nostra vita sempre dividendoci tra casa mia e casa tua. Sei stata la prima di tante esperienze, la mia vicina di casa, la mia compagna d'avventure, anche se abbiamo avuto alti e bassi. Ho litigato e urlato più con te che con chiunque altro. Quando mi sono trasferita hai pianto talmente tanto che quasi non riuscivi ad abbracciarmi e credimi quell'ultimo saluto lo ricordo ancora come se fosse ieri. Hai sofferto tantissimo lo so, oggi però te lo do anche io una soddisfazione, ho sofferto tanto anche io. Mi manchi sempre. Caro anche se ora, quella porta di casa sembra così lontana, fidati che non riuscirà mai ad esserlo abbastanza. Anche nel tuo caso, ringrazio Luca che fa un grande lavoro nel sopportarti.

Agli amici di Roccella, vi ringrazio dal primo all'ultimo per avermi fatta sentire sempre parte del gruppo, per avermi messa sempre a mio agio e resa partecipe di qualsiasi attività. Ho trovato delle persone meravigliose e soprattutto dei nuovi amici su cui poter contare. Voi avete fatto parte del mio

erasmus, del periodo della scrittura tesi e siete stati fondamentali. Vi voglio bene.

Ai corrieri e il gruppo operativo Giope, grazie perché durante il percorso mi avete sostenuta e accompagnata. Avete ascoltato i miei sfoghi e avete sofferto con me fino all'ultimo esame.

A tutti i miei zii, grazie per avermi supportata in questo percorso.

A zia Ale e Simone, grazie per l'esperienza vissuta non dimenticherò mai un singolo istante di quella giornata.

A tutti i miei cugini di Villa Literno, grazie perché voi siete la mia famiglia e mi avete insegnato che non è necessario un legame di sangue per essere parenti.

A Manu e Matti, grazie perché abbiamo imparato insieme che le sfide della vita vanno sempre affrontate. Grazie perché da voi ho imparato l'umiltà di camminare sempre a testa alta nonostante le difficoltà.

A Lori e Kikka, le mie sorellone. Tanto diverse ma così simili, il nostro trio non potrà mai dividersi, dai momenti brutti a quelli belli mi siete sempre state accanto. Quanto abbiamo litigato durante la nostra adolescenza, ve lo ricordate? Menomale che siamo cresciute, forse. Sarò sempre ad un passo da voi, pronta a coprirvi le spalle. Vi voglio un bene immenso.

A Ciocy e Mery, grazie per la vostra amicizia e per avermi ospitata da voi. Non dimenticherò mai nulla dei momenti trascorsi insieme e non riuscirò mai a ringraziarvi abbastanza.

A Raf, sei stato sempre un giudice severo nei miei confronti, ma solo perché hai sempre voluto il meglio per me. Grazie per essere stato sempre il mio grande amico o, meglio, il fratello che non ho mai avuto.

Al piccolo Lellino, grazie per la gioia della tua nascita e grazie ai tuoi genitori Roberta ed Enrico.

A Mimmo, Ornella, Riccardo e Bruce, grazie per essere stati la mia seconda famiglia, mi avete accolta sin da subito e non posso che esservi grata.

A Francesco, il mio ragazzo, grazie perché tu hai dovuto subire tutto lo stress prima degli esami, le crisi di pianto, gli sbalzi d'umore, i momenti no e sinceramente hai avuto molto coraggio. Lo sai che non scriverò qui tutto quello che provo per te, mi conosci e sai anche che, mentre scrivo mi sto imbarazzando. Vorrei dirti che anche tu sei non tipo facile da sopportare, anzi, diciamo che ci completiamo a vicenda. Sicuramente posso ringraziarti per l'ampliamento delle conoscenze linguistiche visto che ormai sono madrelingua calabrese. A parte gli scherzi, meriti di sapere che sono molto fiera di te e che ti ringrazierò sempre perché non hai mai smesso di credere in me, di essere il mio fan numero uno e il mio compagno di vita. Hai lottato al mio fianco e sofferto per i miei fallimenti, ma gioito per i traguardi come se fossero i tuoi. Hai imparato i glossari tecnici e mi hai ascoltata ripetere per ore senza lamentarti troppo. Quindi, grazie per tutto. Infine, per sdrammatizzare questo momento emotivo (visto che sostieni che non ti dico mai cose carine) per l'occasione ho deciso di coniare uno slogan: "Se stai con Ciccio Asprea di lauree ne puoi prendere una marea". PS: più che uno slogan, è un dato di fatto.

Ai miei nonni, che mi guardano e mi sostengono anche da lassù.

A mio padre, grazie perché anche se mi costa ammetterlo sei stato tu a spingermi ad iscrivermi a quest'università. Te lo ricordi il giorno del test? Hai aspettato tre ore e alla fine ti sei anche commosso. Il nostro rapporto è più complicato di un rebus, mi hai fatto pensare tanto e forse qualche brava in più avrei voluto sentirlo...ma so che tu sei così. Papà anche se non te lo dico mai, io sono fiera di te. Si rinasce dalle proprie ceneri. Tu ne sei l'esempio. Ti voglio bene.

A mia sorella, la mia anima, una forza della natura, grazie perché mi hai teso la mano nel momento del bisogno. Sei stata tu a darmi carica, ad accompagnarmi il primo giorno in università e ad accertarti che andasse tutto

per il verso giusto. Ricordati che nella vita ognuno di noi ha una passione che va coltivata, tu va avanti per la tua strada e sono sicura che diventerai la numero uno. Ti voglio bene sorellina.

A mia madre, grazie perché tu sei l'unica al mondo che sa del mio cuore. Mi hai sostenuta in tutti gli step di questo percorso, anche quando pensavo di non farcela, tu eri lì a spronarmi. Hai provato a capire i miei esami, ti sei immedesimata e alla fine (suppongo per disperazione) ti sei iscritta anche ad un corso di inglese. Lo so, oggi si realizza il tuo sogno. Quindi, finalmente oggi la possibilità di dirlo a voce alta: "Mamma ce l'ho fatta, ce l'abbiamo fatta". Spero che tu possa essere orgogliosa di me. Sei la mia guerriera, ti voglio tanto bene.

Alla mia Napoli, grazie perché sei stata il motore del mio percorso e non cesserai mai di esserlo.

A me stessa, grazie per tutti i sacrifici e per la determinazione che mi ha contraddistinto. Anche se più volte ho avuto paura di non farcela, non mi è mai mancata la forza di andare avanti.

BIBLIOGRAFIA

Timothy Shallice, *From Neuropsychology to Mental Structure*, Neuropsicologia e Struttura della Mente, vol. 38 n°6, 1 edizione, Il Mulino, Bologna, 1990.

Uta Frith, *Beneath the surface of developmental dyslexia*, traduzione a cura di K.E. Petterson, J.C. Marshall e M. Coltheart, *Surface Dyslexia*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1985, pp. 301-330.

Gavin Reid, *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*, 5th edition, Wiley, 2016. Versione italiana: *È dislessia Domande e risposte utili*, 2013, Erickson.

Cardinaletti, F. Santulli, E. Genovese, G. Guaraldi, E. Ghildoni- *Dislessia e apprendimento delle lingue. Aspetti linguistici, clinici e normativi*, Erickson, Trento, 2014.

E. Pierchuska-Kuciel, *Language anxiety in secondary grammar school students*, Opole University Press, Opole, 2008.

Cornoldi C. *I disturbi dell'apprendimento*, Il Mulino, Bologna, 1991.

Documento denominato Consensus Conference, conferenza "Disturbi specifici dell'apprendimento", Roma, 6-7 dicembre 2010.

Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania, articolo "Disturbi Specifici dell'Apprendimento" di Sabina Lauria e Agata Fiumara, pubblicazione a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale sulla rivista IL CADUCEO, 2014.

D. Bakker, *La dislessia vista di lato*, a cura di G. Stella, *La dislessia. Aspetti clinici, psicologici e riabilitativi*, Franco Angeli, Milano, 1996, pp. 105-118.

Articolo: *Comorbidità o Comorbilità: definizione dell'Apprendimento*, pubblicato sul blog educativo "Connettiti alla Psicologia" a cura della dott.ssa Serena Costa, 6 marzo 2012.

Articolo: Comorbidità nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, pubblicato sul blog educativo "Connettiti alla Psicologia" a cura della dott.ssa Serena Costa, 23 marzo 2014.

Kaufman, J. et al. (2016) K-SADS-PL DSM-5. Yale: Yale University. Trad. it. K-SADS-PL DMS-5. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson, 2018.

Di Pietro & Bassi, L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva. Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento, Erickson, Roma, 2021.

Ciro Ruggneri, Luci A., Il ruolo della psicoterapia nei disturbi specifici dell'apprendimento, 2010, Dislessia Vol7 n2 pag. 197-209.

SITOGRAFIA

https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=04jnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA106&dq=dsa+come+disturbo+nell%27automatizzazione&ots=jIH0jsPZiy&sig=F_XLWWXpS9-HXqwCti3xUwFuYiQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true

<https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/tesi-di-laurea-in-tnpee/dsa-disturbi-specifici-dell-apprendimento-la-riabilitazione-e-il-ruolo-della-famiglia/introduzione-dsa-disturbi-specifici-dell-apprendimento-la-riabilitazione-e-il-ruolo-della-famiglia.html#gsc.tab=0>

<https://www.usi.it/writable/caduceo/caduceo-16-3.pdf#page=12>

<https://it.pearson.com/content/dam/region-core/italy/pearson-italy/pdf/italiano/Folio%20Anno%204%20N.3/ITALY%20-%20DOCENTI%20-%20FOLIO%20-%202016%20A04%20N03%20-%20Materiali%20Didattici%20SSPG%20-%20Disturbi%20Apprendimento%20-%20Fantoni%20PDF.pdf>

<https://www.datiniprato.edu.it/wp-content/uploads/2015/01/dsa-strategie.pdf>

<https://www.invalsiopen.it/quantit-alunni-dsa-italia/#:~:text=Secondo%20i%20dati%20resi%20noti,177.000%20alunni%20con%20diagnosi%20certificata>

<https://terzomillennio.uil.it/blog/care-manager-chi-e-e-cosa-fa/>

<https://www.serenacosta.it/scuola-e-compiti/dsa/comorbilita-disturbi-specifici-dell'apprendimento.html>

<https://www.serenacosta.it/dizionario/comorbilita-o-comorbidita-definizione.html>

<https://www.stateofmind.it/2023/07/disturbi-internalizzanti-esternalizzanti/>

<https://www.medicitalia.it/dizionario-medico/disfunzionale/#:~:text=Emozione%20o%20comportamento%20inadequati%20al,causargli%20ulteriore%20disagio%20e%20sofferenza>

