

## Riflessioni sui DSA in ottica CMT di Valentina Mellone ©

Con il termine "Disturbi evolutivi Specifici di Apprendimento" (DSA) ci si riferisce ai soli disturbi delle abilità scolastiche e, in particolare, a dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. La principale caratteristica di questa categoria nosografica è quella della "specificità", in quanto il disturbo interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale (DSA Consensus Conference, 2007).

I bambini con DSA hanno dunque un QI compreso nella media per la loro età, ma mostrano delle difficoltà specifiche in alcuni domini dell'apprendimento, ovvero hanno prestazioni al di sotto della norma nella lettura, nella scrittura, nel calcolo, o in più aree contemporaneamente.

I DSA costituiscono un disturbo evolutivo, cioè sono presenti sin dalle primissime fasi di sviluppo e si esprimono solitamente negli anni della scolarizzazione, pur trovando manifestazioni anche nell'età adulta, proprio perché si tratta di una condizione cronica.

In Italia si stima che la presenza dei DSA si aggiri tra il 3,1% e il 3,2% della popolazione (Barbiero et al., 2012)<sup>1</sup>, con una più alta incidenza nei maschi, una familiarità genetica e, spesso, una comorbilità con altri disturbi (ADHD, ansia, depressione) (Maroscia, Terribili, 2012<sup>2</sup>). La prognosi sembra dipendere da diversi fattori, tra i quali il livello di gravità del disturbo, il livello cognitivo, la comorbilità con altre patologie, il contesto evolutivo, la tempestività e l'adeguatezza dell'intervento (AID,2009).

Negli ultimi anni una serie di tutele legislative ha favorito una crescita d'interesse e una

---

<sup>1</sup> Barbiero, C., Lonciari, I., Montico, M., Monasta, L., Penge, R., Vio, C., Tressoldi, P. E., Ferluga, V., Bigoni, A., Tullio, A., Carrozzini, M., Ronfani, L. (2012) The submerged Dyslexia iceberg: how many school children are not diagnosed? Results from an Italian study.

<sup>2</sup> Maroscia, E., Terribili, M. (2012). Comorbilità nel disturbo specifico di apprendimento. [www.scuolaiaad.it](http://www.scuolaiaad.it)

maggior attenzione per il fenomeno. La legge 170/2010 ha permesso un inquadramento diagnostico dei DSA dal valore legislativo dettando dei principi generali per guidare l'intervento sia in ambito scolastico che sanitario, al fine di gestire al meglio tali disturbi e garantire la migliore realizzazione possibile delle capacità di tali soggetti (Stella, Savelli, 2011<sup>3</sup>). Secondo le "Raccomandazioni per la pratica clinica per i Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento" l'età minima in cui è possibile effettuare una diagnosi certa dei Disturbi Specifici di Apprendimento «coincide con il completamento del secondo anno della scuola primaria. In questo periodo, infatti, si completa il ciclo dell'istruzione formale del codice scritto della lingua italiana e si ha una riduzione significativa dell'elevata variabilità interindividuale nei tempi di acquisizione della lettura (...) Tuttavia, è importante sottolineare che già alla fine del 1° anno della scuola primaria (1° elementare) può capitare di valutare bambini con profili funzionali così compromessi e in presenza di altri specifici indicatori diagnostici" (Consensus Conference, 2007, pp. 6<sup>4</sup>). La diagnosi di DSA, dunque, non può essere posta prima della classe terza della scuola primaria, sebbene alcuni "campanelli d'allarme" possano essere presi in considerazione (ad esempio pregressi disturbi del linguaggio); nell'esperienza di tutti i giorni, inoltre, capita abbastanza spesso di incontrare bambini e ragazzi che hanno ricevuto diagnosi solo in anni successivi, talvolta dopo anni di fallimenti scolastici apparentemente difficili da comprendere, oppure imputati a valutazioni scorrette del caso (esempio per antonomasia è la frase "Non si applica abbastanza, è svogliato!").

La diagnosi è la condizione necessaria per la progettazione di un intervento complesso, possibilmente continuativo, personalizzato e inclusivo di diverse dimensioni (Stella, Grandi, 2011<sup>5</sup>): presa in carico riabilitativa (intervento svolto solitamente da neuropsicologo o logopedista con formazione specifica), presa in carico rieducativa

---

<sup>3</sup> Stella, G., Savelli, E. (2011). *Dislessia oggi. Prospettive di diagnosi e intervento in Italia dopo la legge 170*. Erikson Editore.

<sup>4</sup> [Consensus Conference](#) (Montecatini 2006, Milano 2007) scaricabile dal sito dell'Associazione Airipa

<sup>5</sup> Stella, G., Grandi, L. (2011). "Come leggere LA DISLESSIA E I DSA". Ed Giunti Scuola

(progetto di più ampio respiro che coinvolge scuole, famiglie, educatori, e che può durare per tutto l'arco della scolarizzazione, università inclusa), progetto educativo (può coinvolgere diversi attori con l'obiettivo di favorire la crescita della persona e l'equilibrio psicosociale), programma riabilitativo (che definisce le aree di intervento, gli obiettivi, le modalità e i tempi di erogazione).

Come sottolineato da alcuni esperti, è molto importante che agli alunni con DSA venga insegnato un metodo di studio efficace e personalizzato, che permetta nel tempo di potenziare il senso di autonomia ed efficacia personale (Cornoldi et al., 2010<sup>6</sup>).

L'obiettivo degli interventi infatti non è solo (ri)abilitare delle funzioni compromesse, ma anche fornire alla persona con DSA di strumenti utili ad affrontare il percorso di studio (come i software di lettura, il metodo di studio, ...) e gestire al meglio le proprie difficoltà, riducendo il più possibile l'insorgenza di altri tipi di disagio, anche di tipo emotivo. Spesso i bambini con DSA, infatti, presentano difficoltà di adattamento sociale, sono più facilmente rifiutati rispetto ai compagni, presentano problemi relazionali ed emotivi, bassa autostima, ansia, depressione (Masi et al., 1998<sup>7</sup>; Wong 1996,<sup>8</sup>; Stringer et al., 1999<sup>9</sup>).

Nella scuola, grazie alla normativa vigente, a fronte di una diagnosi è possibile redigere un PDP (Piano Didattico Personalizzato), ovvero un documento che, come stabilito dal DM 12 luglio 2011 e come indicato nelle allegate Linee Guida sui DSA, prevede la personalizzazione del piano di studi dell'alunno e permette dunque di stabilire gli strumenti compensativi e le misure dispensative appropriate per ogni materia, le strategie metodologiche e didattiche utilizzabili, i criteri e le modalità di verifica e di valutazione, ed eventuali modifiche all'interno degli obiettivi minimi da raggiungere: il PDP permette dunque all'alunno con DSA il conseguimento delle

---

<sup>6</sup> Cornoldi, C., Tressoldi, P. E., Tretti, M. L., & Vio, C. (2010). Il primo strumento compensativo per un alunno con dislessia: un efficiente metodo di studio. *Dislessia*, 7(1), 77-87.

<sup>7</sup> Masi G., Brovedani P., Poli P. (1998), "School failure in early adolescence: the psychopathological risk" in *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 29 (2), pp. 127-140

<sup>8</sup> Wong B. (1996), *The ABCs of learning disabilities*, Academic Press, San Diego U.S.A.

<sup>9</sup> Stringer S.J., Morton R.C., Bonikowski M.H. (1999), "Learning disabled students: using process writing to build autonomy and self-esteem", in *Journal of Instructional Psychology*, vol. 26 (3), pp. 196-200

competenze fondamentali del curriculum scolastico, garantendogli così una pari opportunità di apprendimento.

È molto importante il ruolo della scuola nelle situazioni di DSA, sia nel riconoscimento della presenza di difficoltà specifiche e circoscritte, che favorisca una precocità dell'intervento, sia nel farsi carico dei bisogni dell'alunno con DSA.

Capita spesso che per molti anni le limitazioni derivanti dalla presenza di un DSA, prima di essere ricondotte alla presenza di una categoria nosografica, siano erroneamente attribuite a svogliatezza, demotivazione, oppositività, scarsa intelligenza, con tutte le conseguenze negative che ciò comporta per l'individuo (Stella, 2004<sup>10</sup>). Dobbiamo dunque considerare come la presenza di un DSA possa essere un fattore all'origine (o di mantenimento) di vissuti emotivi negativi e di comportamenti come ritiro, inibizione, rabbia, rinuncia, isolamento, ecc. A seconda della specificità di ogni caso, ovviamente, è possibile che vi siano fattori di protezione in grado di interagire in modo complesso, e controbilanciare i vissuti negativi relativi ai DSA.

Pensiamo ai bambini che si confrontano con le richieste della scuola prima che venga individuata la presenza di un DSA: l'alunno con DSA può trovarsi di fronte a grandi fraintendimenti, può essere rimproverato e tacciato di svogliatezza, può essere svalutato apertamente oppure trattato come un bambino poco intelligente; può anche capitare che, anche a fronte di una diagnosi e di un PDP, vi sia un atteggiamento, da parte dei docenti, di disinvestimento verso il bambino con DSA, dal quale ci si aspetta meno di ciò che potrebbe effettivamente dare, oppure una reazione di "resistenza" verso la categoria diagnostica, contraddistinta da "sospettosità" rispetto alla diagnosi stessa (alcuni docenti potrebbero essere portati a pensare: "Non esiste il DSA, esistono quelli bravi, e quelli non bravi", ovvero, esistono alunni in grado di apprendere in modo fluido e tradizionale, e alunni le cui capacità non rientrano negli schemi di apprendimento

---

<sup>10</sup> Stella G. (2004), La dislessia evolutiva in Italia, «Dislessia», vol. 1, pp. 7-15

solitamente utilizzati, che richiedono tempo, attenzione, sensibilità, e strategie didattiche speciali).

Le situazioni considerate possono esacerbare una serie di conseguenze ben evidenziate dalla letteratura che meritano una riflessione in ottica CMT: spesso, infatti, gli alunni con DSA vanno incontro a frequenti bocciature e abbandoni scolastici, oppure fanno scelte per il futuro che sono improntate più ad evitare le difficoltà che a valorizzare le capacità (Stella, Grandi, 2011)<sup>11</sup>; dunque, è importante considerare come tale condizione abbia ricadute significative sulla carriera scolastica e lavorativa, e sul piano del funzionamento psicologico e sociale dell'individuo.

## **Aspetti psicologici dei DSA in ottica CMT**

Cosa vuol dire essere l'unico bambino (o tra i pochi) della classe a non saper leggere o "far di conto"? Che impatto ha per un bambino sentirsi dire "che non si applica abbastanza" a fronte degli innumerevoli ma infruttuosi sforzi? E ancora, che significato assume, per un bambino con DSA certificato, avere delle "riduzioni" sui compiti a casa, interrogazioni programmate, o, ad esempio, la possibilità di usare la calcolatrice quando ai compagni di classe non è concesso?

Tutte queste considerazioni ci permettono di proporre alcune riflessioni sugli aspetti psicologici dei DSA in ottica CMT.

In generale, si può affermare che la presenza di un DSA costituisca un fattore in grado di indurre una serie di vissuti negativi ben evidenziati dalle ricerche: sono molti gli studi che, negli anni, hanno messo in relazione il disturbo di apprendimento con diversi tipi di disagio, tra cui ritiro, isolamento, oppure rabbia, aggressività, fino a veri e propri disturbi psicopatologici (Gagliano et al., 2008<sup>12</sup>; Milani et al., 2008<sup>13</sup>) come ansia e depressione (Masi, 1999<sup>14</sup>; Maughan et al., 2003<sup>15</sup>).

---

<sup>11</sup> Stella, G., Grandi, L. (2011). Come leggere la dislessia e altri DSA. Edizioni Giunti Scuola.

<sup>12</sup> Gagliano, A., Germanò, E., Calabrese, T., Magazù, A., Grosso, R., Siracusano, R. M., & Cedro, C. (2007). La comorbidità nella dislessia: studio di un campione di soggetti in età evolutiva con disturbo di lettura. *Dislessia*, 4, 21-39.

Proviamo a considerare la scuola come un importante ambiente di sviluppo alternativo a quello familiare, in cui il bambino, attraverso i percorsi di apprendimento curriculare mediati dal rapporto con l'insegnante e i compagni di classe, incrementa competenze e abilità nuove, sviluppa l'autostima e il senso di efficacia, impara a relazionarsi con i pari e con gli adulti di riferimento, inizia a comprendere le regole della socialità.

*Il contesto scolastico assume in questo senso il ruolo di ambiente di sviluppo (secondario e alternativo, ma ugualmente importante rispetto a quello familiare) in cui il rapporto con i docenti (ma anche con i coetanei) si fonda su una serie di interazioni ripetute che influenzano, in modi e gradi diversi, l'idea che il bambino va costruendo di sé e del mondo.*

Sappiamo che le credenze si formano nell'ambito dell'ambiente di sviluppo con figure di riferimento importanti considerate forti e sagge (Weiss, 1993): ciò che un bambino osserva, vive e apprende nel proprio contesto di crescita diventa per lui "la realtà", cioè il modo in cui le cose devono andare, acquisendo anche un valore morale (Gazzillo, 2016<sup>16</sup>).

Le nostre credenze, conscie o inconscie che siano, rappresentano dunque la nostra realtà e ci guidano continuamente. Nello specifico le credenze patologiche si formano a partire da situazioni e relazioni problematiche dell'infanzia, che in genere coinvolgono genitori e fratelli oppure altre figure vissute come significative, tendono ad auto-alimentarsi per un principio di economia cognitiva e si avvalgono dei dati delle esperienze reali, soprattutto quelle ridondanti che presentano delle caratteristiche invariabili (per approfondimenti si rimanda al testo di Gazzillo, 2016)

---

<sup>13</sup> Milani L., Gentile S. e Guzzino D. (2008). Aspetti psicopatologici nei Disturbi Specifici di Apprendimento, presentazione poster al Congresso dell'Associazione Italiana Dislessia Essere Dys, Roma, 31 ottobre-1 novembre 2008.

<sup>14</sup> Masi, G. (1999). Disturbi di apprendimento e disturbi depressivi in età evolutiva. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 19: 105-15.

<sup>15</sup> Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2003). [Reading problems and depressed mood](#). *Journal Abnorm Child Psychology*, 31(2):219-29.

<sup>16</sup> Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Milano: Raffaello Cortina.

Le credenze sono definite patogene quando associano il perseguimento di un obiettivo sano e piacevole a un pericolo (interno o esterno), come ad esempio la possibilità di ferire qualcuno percepito come debole, di essere rifiutati da chi si ama, di far accadere qualcosa di brutto ai propri cari. Le credenze sono continuamente verificate, nel tentativo di disconfermarle, attraverso ciò che la CMT definisce “test”, cioè delle modalità di “messa alla prova” che possiamo ricondurre a tre grandi categorie: i test *di transfert*, i test per capovolgimento *da passivo in attivo* e i test *osservativi*. Nei test di transfert, ci si comporta in modo da riproporre le antiche relazioni traumatiche nei rapporti del presente con la speranza che l’altro risponda in un modo diverso da quello degli oggetti traumatici. Nei test da passivo in attivo la persona si comporta come la figura di riferimento traumatica nella speranza che l’altro risponda senza esserne disturbato, angosciato o sopraffatto, mentre nei test osservativi le proprie credenze patogene vengono disconfermate grazie alla possibilità di osservare atteggiamenti e comportamenti di persone che non sembrano esserne afflitte o che sembrano in grado di contrastarle.

Il rapporto con gli altri rappresenta dunque un campo di battaglia dove testare e, possibilmente, disconfermare, il proprio sistema di credenze patogene, in virtù del bisogno dell’essere umano di adattarsi al proprio ambiente e padroneggiare i propri problemi.

Ipotizziamo che un bambino cresca in un contesto di sviluppo caratterizzato da relazioni con genitori apprensivi e molto preoccupati di “far bella figura” con gli altri, a scapito dei reali desideri e bisogni del figlio; ciò potrebbe concorrere alla formazione nel bambino di un sistema di credenze fondato sull’idea di dover soddisfare le aspettative dell’altro, di doverlo compiacere, idea alimentata probabilmente dal senso di colpa da responsabilità onnipotente.

Supponiamo che quel bambino, già in prima elementare, a causa della presenza di un DSA misto non ancora identificato, resti indietro negli apprendimenti rispetto ai propri

compagni, e che la madre, molto preoccupata di avere un figlio “diverso” e non performante, si arrabbi molto con lui, lo sgridi e lo costringa a studiare molto più dei coetanei, senza però ottenere miglioramenti sensibili. Quel bambino, potrebbe iniziare a pensare di essere incapace, fallito, inutile, senza valore, e di essere dunque indesiderabile se non performante. Ciò alimenta e influenza ulteriormente il sistema di credenze fino ad allora costruito. Supponiamo adesso che la maestra della scuola primaria non sospetti la presenza di un DSA ma attribuisca al carattere “svogliato e debole” del bambino la sua lentezza nell’acquisizione degli apprendimenti. Viceversa, ipotizziamo che, a fronte di genitori esigenti ed ansiosi, il bambino sperimenti una relazione con la maestra di tipo diverso, supportiva, calda, incoraggiante, non punitiva, affettuosa. In che modo il contesto scolastico può influenzare il sistema di credenze di quel bambino? Che ruolo assumono la relazione con l’insegnante, con i compagni di classe e le richieste di apprendimento a cui tutti gli alunni devono far fronte?

A scuola i bambini passano molte ore della propria giornata a contatto con i coetanei e con l’insegnante, il cui ruolo è dunque assimilabile a quello del genitore in quanto figura di riferimento importante, forte e saggia, con cui è possibile sviluppare, rinforzare o modificare una serie di credenze su di sé e il mondo.

*È possibile dunque considerare la scuola come un ambiente di sviluppo particolarmente fertile per la costruzione o la modifica delle credenze, proprio perché mediate dal rapporto con i compagni di classe e con una figura di riferimento significativa – l’insegnante – che per alcune ore al giorno sostituisce le figure genitoriali.*

In altri termini, se il bambino costruisce le proprie credenze nel rapporto con i genitori proprio perché sono le figure di riferimento privilegiate del suo ambiente di sviluppo, è possibile che viva anche il rapporto con le insegnanti della scuola primaria (o del nido) come figure di riferimento, la cui autorità può essere difficilmente messa in

discussione e che, per tale motivo, possono avere una funzione di rilievo nella costruzione, nel rinforzo o nella modifica del proprio sistema di credenze.

Ipotizziamo dunque tre tipi di situazioni che il bambino con DSA può vivere nel rapporto con la scuola e con la maestra.

La prima è quella in cui un insegnante svolge il ruolo “positivo” di colui che aiuta a disconfermare una serie di credenze patogene originate nel contesto di relazioni familiari traumatiche, instaurando con l’alunno una relazione di sostegno, fiducia, incoraggiamento, interesse, a fronte di un ambiente domestico particolarmente difficile, svalutante, esigente, persino abusante: in questo caso, la fiducia, l’affetto e le attenzioni del docente permettono di vivere esperienze differenti ma altrettanto importanti per il bambino, in grado di modulare il sistema di credenze sviluppato nel rapporto problematico con genitori sofferenti oppure abusanti.

Un altro tipo di situazione è quella in cui l’insegnante rinforza il sistema di credenze patogene che il bambino sta costruendo gradualmente nel proprio ambiente familiare, instaurando con l’alunno un rapporto tendenzialmente svalutante, esigente, punitivo, ricalcando in tal modo quello che il bambino ha con i genitori.

Infine è possibile anche che, a fronte di una situazione familiare “positiva”, un alunno con DSA si trovi a vivere delle situazioni scolastiche particolarmente dure e un rapporto “difficile” con l’insegnante, la quale potrebbe attribuire le difficoltà di apprendimento (in assenza di diagnosi!) a pigrizia, demotivazione, irriverenza e avere, dunque, una funzione traumatica rispetto al sistema di credenze di quel bambino, spesso creando scontri e dissapori con la famiglia dell’alunno.

In un’ottica probabilistica e multifattoriale è possibile ipotizzare come il sistema di credenze di un bambino, in particolar modo di un bambino portatore di un DSA, possa essere influenzato anche dal sistema scolastico e dalle sfide che esso comporta.

Un alunno che resta indietro nell’apprendimento della lettura rispetto ai coetanei, che viene preso in giro dai compagni oppure sgridato dalla maestra (immaginiamo il caso in

cui la diagnosi non sia ancora stata prodotta e che la difficoltà venga imputata a pigrizia e disinteresse), che si sforza, senza successo, di svolgere compiti che risultano facili per i compagni di classe, è probabile che si percepisca come diverso, incapace, inadeguato, impotente, dipendente dall'aiuto esterno, ovvero come una persona che va inevitabilmente incontro a fallimenti, che è responsabile delle reazioni negative degli altri, dei rimproveri della maestra, della delusione o della rabbia del genitore, degli insulti dei compagni e così via.

*Sappiamo bene che questo tipo di esperienze non è vissuto esclusivamente dai bambini con DSA; è importante considerare però come tale categoria diagnostica presupponga un'intelligenza normale (e spesso creativa/divergente) che, talvolta, sembra passare in secondo piano. Ciò comporta il rischio di condurre l'individuo portatore di questa disabilità a vivere al di sotto delle proprie potenzialità, inficiando il raggiungimento di obiettivi alla sua portata proprio a causa di un sistema di credenze patogene su di sé e sul mondo costruitesi o rinforzatesi nel corso dell'età scolare.*

I ripetuti fallimenti, le difficoltà, il senso di diversità rispetto ai coetanei, il rapporto con la maestra, sono fattori che hanno un impatto rilevante sul funzionamento dell'individuo e che, a seconda dei casi, possono portare alla costruzione o al rinforzo di alcune credenze: “Sono incapace, stupido, da solo non riesco a fare nulla, non merito aiuto”, “Qualunque cosa io faccia è sbagliata e l'altro mi sgriderà o mi lascerà solo”, “Non sono in grado di fare le cose bene come gli altri, e i miei genitori, così come la maestra, ne soffrono molto”, sono esempi di possibili credenze relative a situazioni in cui è presente un DSA, che sia esso diagnosticato o ancora no.

Inoltre, credenze di questo tipo richiamano l'idea di un senso di colpa da odio di sé, cioè l'idea di non meritare cure, amore e attenzione, sottintendendo l'idea implicita di essere imperfetti e indesiderabili.

*Dunque, coerentemente con la letteratura sui DSA che riscontra la possibile presenza di disagio o di veri e propri disturbi psicopatologici in associazione con tale*

*disturbo, anche in ottica CMT possiamo considerare la presenza di DSA come un importante fattore di rischio per la costruzione o il rinforzo di credenze patogene relative a sé e/o agli altri, che si legano inevitabilmente a dimensioni emotive e sociali negative (come scarsa autostima, ansia, depressione, demotivazione, dipendenza, inibizione, ritiro, mancanza di autonomia e così via).*

Sentire di non essere bravi, autonomi, efficaci, competenti, di essere una delusione per genitori o insegnanti oppure fonte di imbarazzo, vergogna e rabbia, può nel tempo portare a rafforzare o costruire un sistema di credenze relative al valore di sé e al rapporto con gli altri che rimandano dunque all'idea di non essere bravi, degni di ammirazione, amabili, efficaci, autonomi.

Abbiamo brevemente ricordato come le credenze siano messe alla prova attraverso diversi tipi di test, tra cui quelli di transfert per compiacenza o ribellione. Come può dunque un bambino con DSA mettere alla prova il proprio sistema di credenze nel contesto degli apprendimenti e della scuola?

*Ragionando in termini CMT, una credenza basata sull'idea di non essere competenti e autonomi potrebbe portare la persona ad agire per compiacenza ad essa: ciò è abbastanza evidente nelle situazioni – le più frequenti - in cui il bambino si scoraggia subito di fronte a un compito, soprattutto se nuovo, si percepisce come assolutamente incapace e dipendente dall'aiuto esterno, si spaventa se gli viene chiesto di impegnarsi, si abbatte emotivamente, si chiude in se stesso, temporeggia, si disinteressa...*

Ad esempio Fabio, un bambino discalculico di 10 anni con cui ho svolto attività di tutoring allo studio, non riusciva a credere di aver indovinato la soluzione del problema di matematica svolto tramite una “semplice” addizione. Quando gli è stato chiesto se fosse contento di essere riuscito a farlo da solo, si è giustificato con la frase “Ma era facile, sono stato fortunato, in realtà ho tirato a indovinare”. È stato necessario ripetere più volte gli esercizi per convincerlo di aver finalmente compreso e padroneggiato i meccanismi di ragionamento alla base di quel tipo di problemi di matematica. Come se

Fabio si dovesse necessariamente adeguare all'idea, costruita nel corso di interazioni fallimentari con il sistema scolastico e l'insegnante, di non essere davvero in grado di fare le cose bene e senza aiuto.

*È anche possibile che alla stessa credenza un individuo reagisca con il meccanismo della ribellione, a cui si associa spesso l'auto-punizione, che in queste situazioni può consistere nella perdita e/o limitazione delle competenze, oppure in insuccessi scolastici, e così via: questo meccanismo è rintracciabile in quelle situazioni in cui l'alunno con DSA tende ad affrontare le difficoltà scolastiche in modo "onnipotente", rifiutando l'aiuto delle persone competenti, negando gli errori, arrabbiandosi quando gli viene chiesto di riflettere sui compiti svolti, ignorando le proprie difficoltà.*

Giovanni, un paziente di 23 anni dall'intelligenza vivace, giunto in consultazione a causa di un "blocco sugli esami universitari", racconta come da piccolo fosse spesso vessato dalla maestra e sgridato dalla madre, incitato a rifare più e più volte i compiti sotto il controllo di un adulto esigente: solo alle scuole superiori le sue difficoltà sono state riconosciute e diagnosticate come DSA misto. Nel corso degli incontri individuali con il paziente, è emersa una chiara tendenza di G. a porsi nella posizione di colui che "sa fare le cose da solo e che fa sempre le cose più difficili perché così dimostra il suo vero valore"; in altre parole, Giovanni ha scelto di preparare gli esami più difficili negli stessi mesi, organizzando un calendario di studio irrealistico ma difficile da mettere in discussione, per dimostrare di essere in grado di studiare senza nessuna facilitazione. Il paziente, nel tentativo di disconfermare la credenza di essere incapace, senza valore, e di dover essere performante per essere amato (credenza originata sia nel contesto delle relazioni genitoriali sia nelle esperienze negative con le insegnanti della scuola dell'obbligo), si è "ribellato" a essa finendo, però, per auto-punirsi con l'inevitabile fallimento, confermando dunque la credenza patogena di non essere in grado di studiare e finire l'università.

Chiara, una ragazza di 16 anni che, a seguito della recente bocciatura in I liceo (classico), si è sottoposta all'iter diagnostico da cui è emersa la presenza di un DSA misto di lieve gravità, ha richiesto in accordo con i genitori una consultazione psicologica con lo scopo di comprendere meglio il significato della propria diagnosi e, eventualmente, strutturare un percorso di tutoring.

Chiara mi spiega nei primi minuti:

“Sono stata bocciata quest’anno perché a un certo punto non riuscivo più a stare dietro a tutte le materie e ho smesso di andare a scuola per mia scelta; non volevo prendere ripetizioni perché tanto so che ce la faccio anche da sola, faccio le cose solo a modo mio. Ho preferito ritirarmi e farmi bocciare, se avessi frequentato fino a giugno magari mi avrebbero dato una mano ma non ne ho bisogno, tanto se ripeto è per mia scelta...ai miei non faccio mettere bocca su scuola e studio. Adesso che è uscita questa cosa del DSA magari è più facile che capisco cosa devo fare, come devo organizzarmi, perciò sono venuta qui, ma non so neanche cosa voglia dire *tutoring*; io forse queste difficoltà le ho da sempre ma voglio comunque fare il liceo, e non so se mi serve davvero un tutor”.

Ricordo la sensazione avuta durante il colloquio di “camminare sul cristallo” e la sensazione di dover lasciare a Chiara lo spazio necessario per sentire di poter decidere in autonomia la possibilità di iniziare un percorso di *tutoring* che, alla fine del colloquio, la ragazza accetta.

Nella chiacchierata successiva fatta per stabilire le modalità e i tempi del percorso, Chiara ha specificato di essere “una che le cose le fa e le farà sempre a modo proprio” e di gradire molto le spiegazioni “calme, chiare e poco invadenti sulle cose che ti chiedo io”.

In termini CMT, è come se questa ragazza stesse facendo *coaching* al tutor: “Mi sono sempre sentita incapace e dipendente dagli altri. Non voglio sentirmi così, perciò ho bisogno di sentire che sono io a decidere i passi da compiere nello studio. Spiegami le

cose in modo chiaro, rispettando i miei tempi, invogliandomi a dire la mia e non a subire i tuoi suggerimenti come se fossi “una povera bambina stupida”. Un consiglio utile, quello di mantenere un atteggiamento cooperativo, possibilmente paritario, rispettoso, anche se non sempre facile da mettere in pratica.

*Infine, oltre a compiacenza e ribellione, è possibile che soggetti con DSA trasformino la loro modalità da passiva in attiva, diventando molto critici ed esigenti verso le persone che sembrano mostrare punti di debolezza rispetto alla competenza, all'efficacia e all'autonomia.*

Come mi hanno raccontato in seguito i genitori di Chiara in un incontro di monitoraggio del percorso attivato, la ragazza mi ha inizialmente “studiata e analizzata con estrema esigenza e pignoleria in ogni minimo dettaglio nel primo incontro, dal modo di parlare al vestiario, dalla conoscenza dei filosofi greci alla dizione, alla ricerca di qualche indizio che mi rendesse inadatta ad aiutarla”. È come se Chiara, nel chiedermi se ricordassi i filosofi della scuola di Mileto, stesse mettendo in atto un test da passivo in attivo che sono riuscita superare probabilmente grazie a un atteggiamento di serena accettazione dei limiti della mia conoscenza in campo filosofico. Se avessi risposto in modo imbarazzato o agitato probabilmente avrei confermato l'idea che c'è qualcosa di vergognoso nel non essere competenti su una materia.

### **L'importanza dell'atteggiamento nel contesto dei DSA**

Gli interventi messi a punto per gli alunni con DSA dovrebbero avere come obiettivo non solo il potenziamento di alcune funzioni deficitarie (scrittura, lettura, calcolo, memoria) e l'apprendimento di strategie compensative, ma anche il miglioramento di alcuni aspetti psicologici e relazionali: se un bambino si sente più competente e riesce ad accettare con serenità l'aiuto esterno, è probabile che si rafforzino l'autostima, il senso di efficacia, l'autonomia, e quindi anche la capacità di mettersi in gioco e raggiungere nuovi obiettivi.

Come operatori e professionisti (riabilitatori, logopedisti, tutor, ecc) che lavorano con i DSA sappiamo che questo tipo di disturbo comporta una serie di conseguenze sul piano emotivo, sociale e, a lungo termine, lavorativo.

*Per questo motivo è importante tenere a mente che quando si ha a che fare con bambini e ragazzi portatori di un DSA è necessario lavorare su alcuni aspetti del funzionamento psicologico: in ottica CMT, ciò significa comprendere quali possibili aspetti della personalità del bambino siano più sensibili al nostro atteggiamento generale, ovvero quali modalità di relazione possano essere maggiormente in grado di influenzare e modificare alcune credenze patogene su di sé e sul mondo.*

Per esempio, un bambino con una credenza del tipo “Sono incapace di fare le cose bene come gli altri, ho sempre bisogno di aiuto, i miei sforzi sono inutili” può mostrarsi molto lento, insicuro e richiedente con il tutor dell’apprendimento: una situazione del genere, soprattutto se sono presenti genitori molto preoccupati di “svolgere tutti i compiti assegnati dalla maestra”, potrebbe indurre il tutor a “sostituirsi” al bambino per svolgere tutti i compiti nel tempo a disposizione. Ciò potrebbe però significare implicitamente che il bambino non sia in grado di svolgere in autonomia il lavoro assegnatogli, e che vada sollecitato e controllato costantemente da un adulto perché imperfetto e inaffidabile.

Un altro atteggiamento spesso diffuso tra i genitori è quello di non spiegare al bambino il significato della diagnosi e degli interventi progettati, con il rischio di comunicare implicitamente che “c’è qualcosa di cui vergognarsi”, che le limitazioni del bambino siano fonte di imbarazzo e che, per tale motivo, debbano restare “segrete”.

È molto importante invece lavorare sulla comprensione e accettazione delle proprie difficoltà e sulla consapevolezza dei propri punti di debolezza, perché solo così il bambino può comprendere e identificare quali strategie individuali possano renderlo ugualmente competente, facendolo sentire, giorno per giorno, più efficace e autonomo.

Anche a scuola può capitare che il bambino trovi ulteriori conferme delle credenze relative alla propria efficacia e autostima: le misure compensative e dispensative, necessarie al raggiungimento degli obiettivi minimi di apprendimento, vanno utilizzate con attenzione e cura, per non passare al bambino il messaggio “che da lui non ci si aspetta più di tanto”. Permettere a un bambino o un adolescente di essere interrogato utilizzando mappe concettuali non vuol dire permettergli di leggere il proprio schema senza sforzarsi di capire cosa sta ripetendo o di creare nessi concettuali. Avere una riduzione sui compiti non equivale ad avere uno “sconto”. È bene che gli insegnanti sottolineino che, anche se variano le modalità, i bambini con DSA sono tenuti tanto quanto i loro compagni ad applicarsi e studiare (talvolta, anzi, essi devono sforzarsi ancora di più!).

*Riassumendo, è importante che rispetto ai DSA l'operatore cerchi di comprendere quali sono i bisogni specifici di quel bambino, quali le credenze patogene che si stanno strutturando, in che modo si sono originate e quali sono i fattori di mantenimento, e che tipo di test l'alunno tende a mettere in atto: in altre parole, sarebbe utile costruire una sorta di “piano dell'alunno” (che ricalchi il modello del piano del paziente), ovvero una guida che permetta di comprendere e rispondere adeguatamente ai bisogni del caso specifico, anche attraverso l'atteggiamento generale.*

*Proprio come per uno psicoterapeuta, anche per chi opera nel campo dei DSA l'atteggiamento e le risposte ai test dell'alunno possono svolgere un ruolo molto importante nel disconfermare o modificare il sistema di credenze patogene, e ciò può andare di pari passo con l'acquisizione di strategie individualizzate e competenze nell'apprendimento. Sono aspetti spesso difficilmente separabili.*

Ancora una volta, dunque, la CMT sottolinea l'importanza delle risposte ai test e dell'atteggiamento nelle relazioni significative in quanto capace di influenzare il sistema di credenze di un individuo, anche nel contesto specifico dei DSA e dell'ambiente scolastico.