

I DISTURBI DI APPRENDIMENTO

Uno studente su cinque incontra, nel corso della sua carriera scolastica, delle difficoltà tali da richiedere l'intervento o l'aiuto da parte di un esperto. Secondo l'O.M.S. (1985) l'incidenza delle difficoltà scolastiche nei paesi industrializzati oscilla tra il 5 e il 15% della popolazione scolastica.

Si tratta di una stima che può sembrare elevata, ma di fatto corrisponde all'elevata percentuale di studenti che incorre in disavventure scolastiche, in bocciature, in ritiri dalla scuola.

Poiché gli studenti delle scuole italiane, dalla scuola materna alla media superiore, sono poco più di nove milioni, questa percentuale riguarda quasi due milioni di loro. Le difficoltà scolastiche sono di tipi diversi e spesso non sono la conseguenza di una specifica causa, ma sono dovute al concorso di molti fattori.

Tali fattori possono riguardare sia l'individuo che il contesto in cui egli viene a trovarsi. Relativamente al contesto, è stato ampiamente dimostrato come l'ambiente socioculturale, il clima familiare e la qualità dell'istituzione scolastica influiscano sugli esiti scolastici.

È utile, perciò, differenziare subito il termine di difficoltà di apprendimento, che si riferisce a qualsiasi difficoltà, temporanea e reversibile, che uno studente può incontrare durante la sua carriera scolastica, e il termine disturbo di apprendimento, che si riferisce a problematiche ben definite legate al processo di apprendimento, particolarmente gravi e costanti nel tempo.

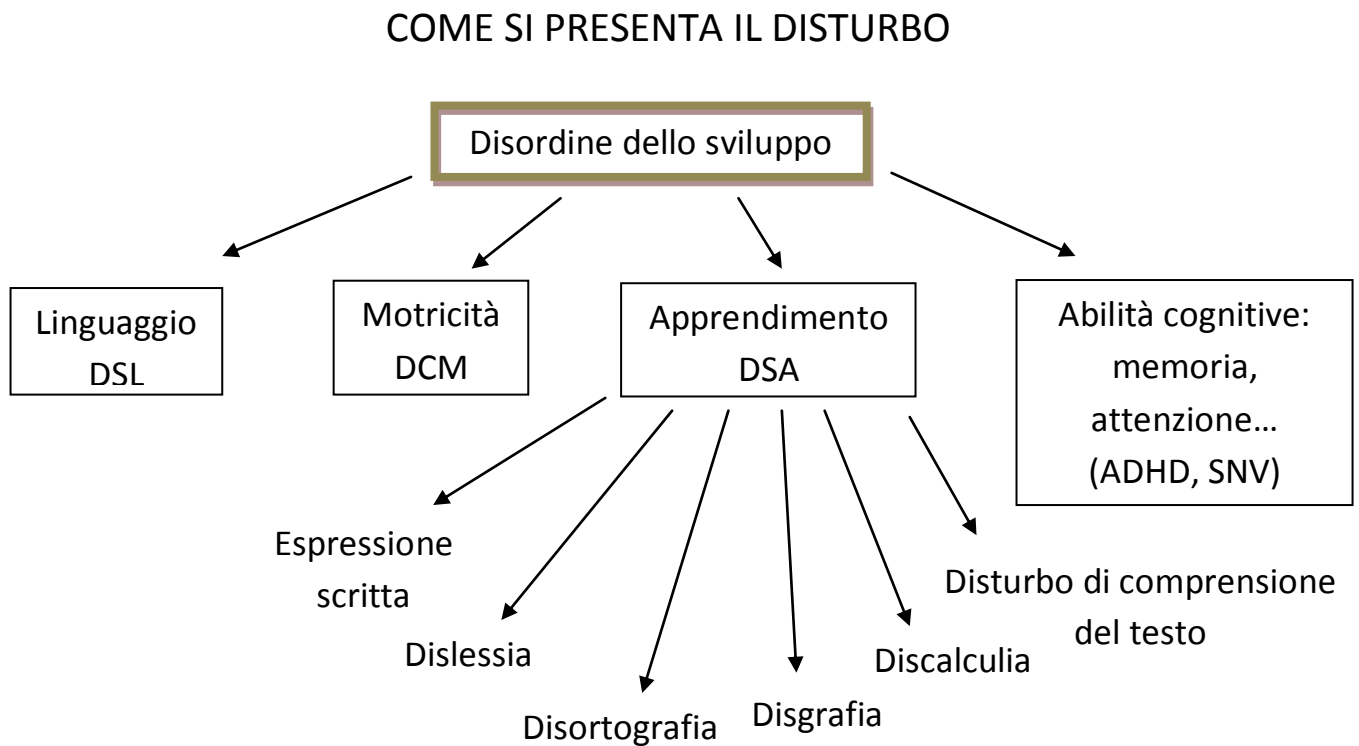
Tabella 1 – Stima dell'incidenza percentuale delle difficoltà di apprendimento nella scuola italiana (Cornoldi, 1999), distinta per sesso

Tipo di difficoltà	Maschi	Femmine
Basso rendimento scolastico	13	7
Disturbi specifici dell'apprendimento	4.5	3.5
Disturbi del linguaggio	1.5	1
Disturbi di attenzione	5	1.25
Ritardo mentale	1	1
Disturbi di personalità	1	1
Disabilità plurime	0.15	0.15
Sordità e ipoacusia	0.1	0.1

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) fanno parte della più ampia categoria di Disordini Evolutivi, i quali possono manifestarsi nell'acquisizione delle abilità linguistiche, nell'apprendimento, nello sviluppo cognitivo; riguardano, cioè, quelle alterazioni funzionali che coinvolgono il linguaggio (Disturbi Specifici di Linguaggio), la lettura (nelle sue componenti di decodifica e di comprensione del testo), la scrittura (ortografia e espressione scritta), il calcolo, le tappe motorie (Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria), le abilità attentive e di memoria nonché l'interazione sociale.

Essi possono manifestarsi isolatamente o, come più spesso avviene, in associazione tra loro.

Tabella 2 – Come si presenta il Disturbo Specifico dello Sviluppo



DEFINIZIONE

Il termine di DSA viene utilizzato per indicare una popolazione clinica, relativamente disomogenea, che presenta una difficoltà significativa e persistente negli apprendimenti così detti espliciti, cioè negli apprendimenti scolastici di base (lettura, scrittura e calcolo), in assenza di altre patologie (neurologiche, psichiatriche o sensoriali) ed in presenza di adeguate opportunità di apprendimento.

L'ICD-10 (International Classification of Diseases, 10° versione, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007) e il DSM-IV-TR (Diagnostic System Manual dell'American Psychiatric Association, 2002) definiscono con chiarezza e con concordanza pressoché totale questi disturbi.

In particolare nell'ICD-10 si dice:

“...Questi sono disturbi nei quali le modalità normali di acquisizione delle capacità in questione sono alterate già nelle fasi iniziali dello sviluppo. Essi non sono semplicemente una conseguenza di una mancanza di opportunità di apprendere e non sono dovuti a 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 biologica. Come per la maggior parte degli altri disturbi dello sviluppo, queste condizioni sono marcatamente più frequenti nei maschi...”

CAUSE

I DSA sono disturbi di natura costituzionale, che possono essere identificati in un piccolo deficit nell'architettura neuropsicologica. In passato si ipotizzava un danno cerebrale minimo per quei disturbi la cui causa risultava sconosciuta; oggi studi molto estesi attuati con diversi criteri e da diversi punti di vista, mettono in rilievo il difetto microscopico di natura funzionale-dinamica di alcune aree cerebrali nell'esplicazione di attività biochimiche, circolatorie (difetti di perfusione identificati con la SPECT nei soggetti dislessici).

Si tratta, perciò, di difetti dinamici che provocano alterazioni funzionali, non di un danno strutturale.

L'accordo che si tratti di un problema di natura costituzionale è basato principalmente su due evidenze:

- 1) la presenza di familiarità;
- 2) una maggiore incidenza del disturbo nei soggetti maschi; questo rapporto rimane pressoché immutato tra le diverse realtà culturali.

I fattori biologici interagiscono con fattori non biologici (come, ad esempio, le opportunità di apprendimento o la qualità dell'insegnamento) producendo le manifestazioni "patologiche".

Perciò il DSA non è una malattia di cui un soggetto si è ammalato, ma un disturbo costituzionale con livelli diversi di gravità. Il compito dell'intervento è quello di attenuare il disturbo o farlo scomparire quando questo sia molto lieve.

Nella maggior parte dei casi il disturbo si mantiene per molto tempo, persiste nel corso dell'adolescenza e viene rilevato anche in età adulta.

Tabella 3 – Direttive diagnostiche secondo l'ICD-10

Direttive diagnostiche				
Grado clinicamente significativo di compromissione	Il disturbo non dipende dal grado di QI	Il disturbo è presente fin dai primi anni di scuola	La qualità dell'insegnamento ricevuto è adeguata	Il disturbo non dipende da deficit visivi, uditivi o neurologici

Fattori motivazionali e di personalità

Ci sono alunni che, in differenti momenti della loro carriera scolastica, hanno sviluppato disagi particolarmente forti in relazione e nel rapporto con il contesto scolastico. Talora questo disagio è solo temporaneo ed è associato al contatto con una nuova realtà (può, per esempio, verificarsi anche al momento dell'ingresso nella scuola media o nella scuola media superiore): se il bambino è compreso e bene assistito, supera bene la difficoltà iniziale e l'apprendimento non ne risente.

Se, invece, le difficoltà si mantengono più a lungo i problemi emotivi e motivazionali si ripercuotono sugli esiti dell'apprendimento.

Va precisato che la maggior parte dei problemi emotivo-motivazionali legati all'apprendimento sono conseguenza di una difficoltà specificamente legata all'area dell'apprendimento. E' praticamente impossibile che un bambino con difficoltà di apprendimento non sviluppi vissuti emotivi ed affettivi particolari in conseguenza della sua difficoltà di apprendimento.

E' stato dimostrato che bambini, che all'inizio della prima elementare non avevano alcuna percezione dei loro limiti d'apprendimento, già nel corso dell'anno avevano mutato in maniera sostanziale i propri stati d'animo e la loro autopercezione.

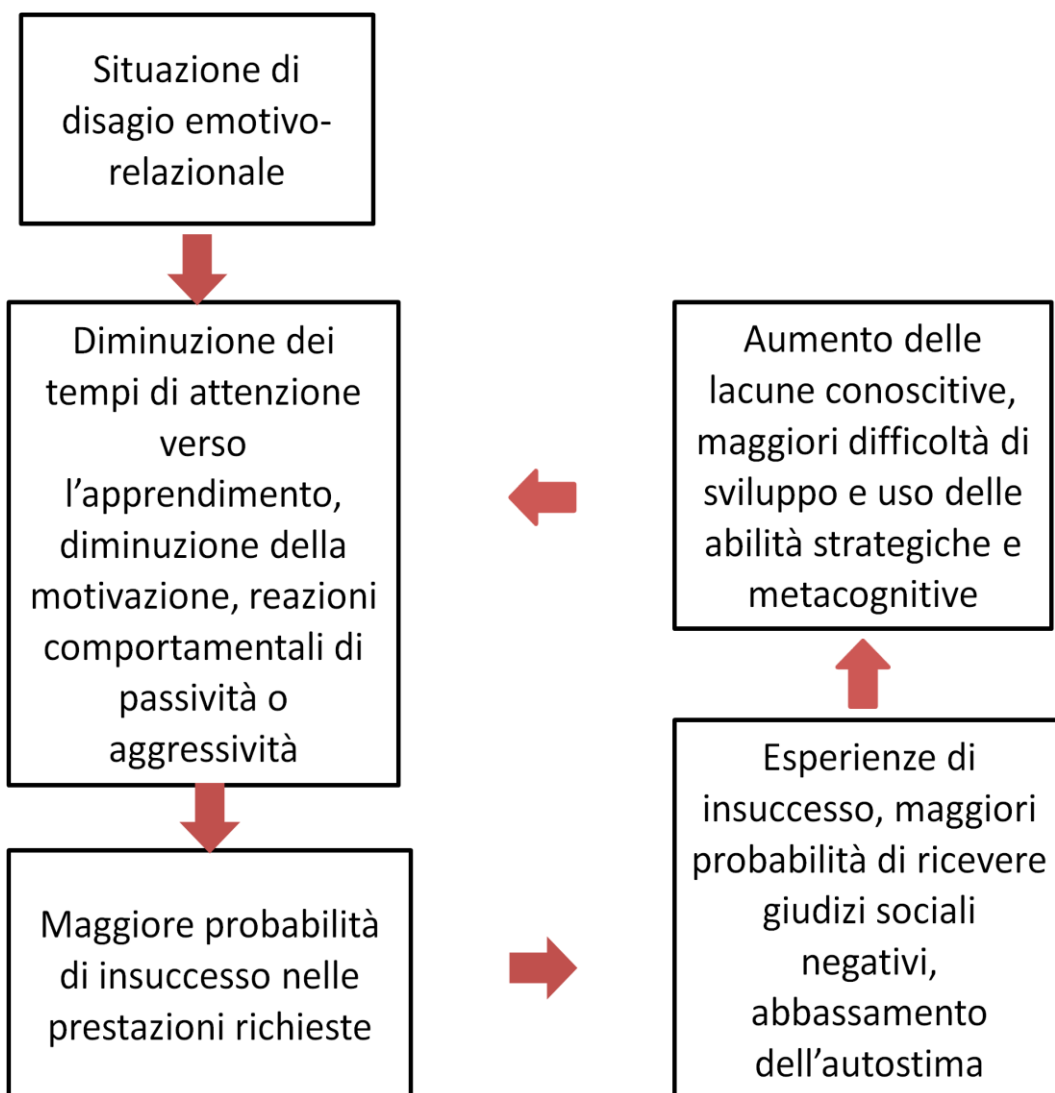
A causa della pervasività di questi stati psicologici è spesso difficile distinguere fra fattore primario e conseguenza secondaria. In altre parole appare problematico

capire se il bambino ha innanzitutto problemi emotivo-motivazionali e questi favoriscono una difficoltà di apprendimento o viceversa.

Spesso ci si preoccupa di chiarire questo punto non soltanto per dare una diagnosi corretta, ma anche per prescrivere il trattamento più adeguato.

Tuttavia, nei fatti, si è visto che i migliori successi si sono ottenuti quando si è lavorato su entrambi gli ambiti.

Per esempio, il bambino con forti blocchi emotivi all'apprendimento (si parla talora, in questi casi, di "inibizioni all'apprendimento" o, nelle situazioni più estreme e pervasive, di "inibizioni intellettive") perviene di fatto ad apprendimenti modesti e a esperienze di insuccesso che consolidano lo stato d'animo negativo nei confronti dell'apprendimento e creano lacune in acquisizioni basilari che, se non colmate, non potranno consentire apprendimenti più complessi che su quelle acquisizioni si basano.



Problemi sociali nei bambini con disturbo di apprendimento

Molti bambini con da hanno delle difficoltà sociali. Un tratto frequente e' costituito dalla scarsa popolarità che essi godono presso i compagni. Spesso i loro compagni manifestano scarso desiderio di stare con loro o anche veri e propri rifiuti.

In un libro del 1996, la Wong, oltre ad osservare che la bassa popolarità riguarda ancora di più le bambine dei maschi, analizzava otto cause che avrebbero potuto indurre questa condizione. Di esse, due sono relative agli aspetti comunicativi: difficoltà ad esprimersi o difficoltà ad ascoltare gli altri. Le altre sei possibile cause di impopolarità sono relative alle abilità sociali vere e proprie: scarsa percezione sociale (per es. incapacità a comprendere gli stati d'animo degli altri), difficoltà di mettersi nel punto di vista di un altro, minore conoscenza o propensione a seguire spontaneamente le convenzioni sociali, difficoltà a comprendere dei segnali comunicativi non-verbali, mancanza di motivazione e discriminazione sociale.

I dati delle ricerche su questi temi non sono sempre univoci, anche perché entrano in gioco vari fattori che complicano il quadro.

Va aggiunto che la scarsa popolarità del bambino con da può essere causata non tanto da sue specifiche difficoltà sociali, quanto ai suoi limiti che rendono poco interessante l'interazione con lui. E' stato inoltre osservato che il bambino con da può suscitare una impressione negativa anche quando non è conosciuto e classificato.

Inoltre, mentre nella letteratura internazionale esistono un numero crescente di studi e di ricerche in questo ambito, in Italia non esistono dati in proposito. Questa carenza è grave, poiché gli esiti sociali a distanza dei disturbi di apprendimento sembrano essere molto rilevanti non solo in termini di mancata realizzazione professionale, ma anche in termini di conseguenze psicopatologiche e sociali.

La presenza di soggetti con disturbi di apprendimento fra i devianti con problemi con la giustizia raggiunge in alcuni casi il 75%. Il dato sembra rilevante se si tiene conto che uno dei fattori più correlati con la successiva devianza è l'abbandono scolastico e questo risulta essere una conseguenza frequente della dislessia.

Inoltre, statistiche recenti riferiscono che il 50% dei suicidi in età adolescenziale riguarda soggetti con disturbi di apprendimento e l'insuccesso scolastico viene riferito o identificato come la causa scatenante del suicidio.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti adulti con DA che hanno avuto successo professionale il fattore principale sembra essere la capacità di sviluppare strategie di controllo il più precocemente possibile, in modo da essere in grado di adattare le proprie strategie di apprendimento e rendere il più possibile stabile il proprio comportamento. Un efficace supporto da parte dei familiari e un adeguato aiuto scolastico sono chiaramente elementi che rendono possibile lo sviluppo di queste strategie.

A parità di condizioni (QI, supporto familiare e sostegno scolastico adeguato) i soggetti che hanno avuto meno successo mostrano maggiore incidenza di fattori emozionali associati come l'ansia, l'instabilità attentiva, l'iperattività, la scarsa tolleranza alle frustrazioni.

Gli esiti scolastici dei soggetti con DE

Pur essendo dotati di buone e a volte eccellenti risorse intellettive, i soggetti con DE hanno storie scolastiche molto travagliate e costellate di insuccessi. Benché non esistano dati in letteratura sul percorso scolastico dei bambini dislessici italiani, le poche ricerche esistenti segnalano un tempo di completamento della scolarità obbligatoria mediamente superiore di un anno rispetto alle attese.

In uno studio effettuato da Stella e Biancardi (1992) su 24 soggetti con DE seguiti fino al termine della scuola media inferiore, 20 hanno almeno una bocciatura verificatasi prevalentemente nel corso della scuola media e alcuni di questi sono stati bocciati due volte. Nello studio vengono ricercate le eventuali correlazioni fra QI, la provenienza familiare, il sesso e l'insuccesso scolastico, ma nessuno tra questi fattori sembra avere un effetto specifico nella storia scolastica. Fra i bocciati vi sono soggetti con un QI superiore alla media, mentre tra i pochi non bocciati vi è chi ha un quoziente più basso, così come si trovano ugualmente rappresentate famiglie di buono, medio o basso livello culturale.

La forte prevalenza di bocciature nel periodo che riguarda la scuola media inferiore sembra confermare l'importanza di una certa sincronia con l'evoluzione naturale del disturbo deve avere con le tappe della scolarizzazione. Il raggiungimento della lettura strategica e della capacità di utilizzarla per altri scopi cognitivi deve essere completata entro il periodo di scolarità obbligatoria, pena l'esclusione dal circuito scolastico. Le bocciature alla scuola media inferiore segnalano un livello di intolleranza del sistema scolastico già nel corso degli anni che seguono immediatamente la scolarità elementare, cioè immediatamente dopo il periodo dedicato all'acquisizione della strumentalità.

Negli USA, dove esiste una consolidata organizzazione per il supporto didattico ai dislessici, i dati mostrano una situazione molto diversa. Il tempo di completamento degli studi è anche lì superiore di un anno rispetto alla media, ma lungo l'intero arco di studi, comprendente l'università. Inoltre la percentuale di abbandono scolastico è addirittura dimezzata rispetto a quella dei non dislessici. Questo significa che, quando da parte della scuola sono previsti per superare le difficoltà strumentali, i

dislessici mostrano più stabilità e maggiore impegno rispetto a coloro che non hanno difficoltà.

I DISTURBI DI LINGUAGGIO

La definizione di ritardo o disturbo di linguaggio in età evolutiva è utilizzata per descrivere quadri clinici eterogenei in cui le difficoltà linguistiche possono manifestarsi in associazione con altre condizioni patologiche (deficit neuromotori, sensoriali, cognitivi e relazionali) o presentarsi in forma isolata. Nel primo caso parliamo di disturbi del linguaggio secondari, mentre si definiscono “specifici” i disordini del linguaggio puri in cui non sono identificabili fattori causali.

Dal punto di vista descrittivo i DSL rappresentano un insieme di quadri caratterizzati da un ritardo o un disordine in uno o più ambiti dello sviluppo linguistico, nella comprensione, produzione e uso del linguaggio, in una o in tutte le componenti linguistiche (fonologica, semantica, sintattica e pragmatica) ed una evoluzione nel tempo che varia in rapporto alla gravità e alla persistenza del disturbo linguistico.

I DSL risultano aver una incidenza del 5-7% in età prescolare e tendono a ridursi nel tempo con una incidenza dell'1-2% in età scolare.

Classificazione in base all'ICD-10

Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio: è una condizione in cui l'uso dei suoni verbali è inappropriato rispetto sia all'età cronologica, sia all'età mentale, ma in cui vi è un normale sviluppo delle abilità lessicali e grammaticali.

Disturbo del linguaggio espressivo: si tratta di un disturbo in cui le capacità del bambino di esprimersi tramite il linguaggio è marcatamente al di sotto del livello atteso per la sua età mentale, ma in cui la comprensione del linguaggio è nei limiti normali. Vi possono essere o meno anomalie nell'articolazione.

Disturbo del linguaggio recettivo: si tratta di un disturbo caratterizzato da un deficit più o meno grave della comprensione verbale. In tutti i casi anche l'espressione del linguaggio è marcatamente disturbata e sono frequenti le anomalie nella produzione dei suoni verbali.

Afasia acquisita con epilessia (sindrome di Landau-Kleffner): viene così definita una condizione in cui un bambino, con normale sviluppo linguistico, perde la capacità di

comprensione e di espressione del linguaggio, ma conserva l'intelligenza generale. L'esordio è tipicamente tra i tre e i sette anni; la perdita di linguaggio si associa a caratteristiche anomalie elettroencefalografiche, evidenti soprattutto nel sonno, e in molti casi a crisi epilettiche.

In questi bambini il disordine linguistico può avere conseguenze anche su aspetti non linguistici della comunicazione: i bambini sono coscienti del loro problema, poiché hanno difficoltà a farsi comprendere, di conseguenza possono rifiutare lo scambio comunicativo.

Cosa si deve fare:

ascoltare il bambino quando parla, anche se mostra difficoltà, con attenzione e serenità, senza mostrare fretta, ansia o insofferenza

lasciare che concluda sempre il suo discorso, anche se richiede più tempo

favorire l'uso del gesto a supporto dell'efficacia comunicativa

riformulare la produzione "scorretta" del bambino e non correggerla: il bambino impara implicitamente dal modello verbale dell'adulto, non dall'esercizio di ripetizione

parlare molto al bambino in modo lento e tranquillo, senza però scandire troppo le parole

valorizzare le qualità del bambino in modo da aumentare la sua autostima

cosa non si deve fare:

non parlare davanti al bambino delle sue difficoltà

non anticiparlo quando parla, completando le parole o le frasi

non interromperlo dicendogli di aver già capito

non correggerlo quando dice male una parola o una frase

AUTISMO

Qualsiasi trattazione sull'autismo deve cominciare con i pionieri Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1944) che, indipendentemente l'uno dall'altro, pubblicarono per primi studi su questo disturbo. Entrambi ritenevano che fin dalla nascita fosse presente un disturbo fondamentale, per il quale hanno scelto il termine "autistico", che dava origine a problemi molto caratteristici. In realtà non si tratta di una coincidenza, poiché il termine era stato introdotto da un noto psichiatra all'inizio del ventesimo secolo, termine che si riferiva ad un disturbo particolarmente evidente nella schizofrenia riguardante un restringimento delle relazioni con le persone e con il mondo esterno.

Attualmente, per la diagnosi di autismo vengono applicati i seguenti criteri che devono essere tutti presenti ed essere comparsi sin dalla prima infanzia:

- 1) Deve esserci un disturbo qualitativo dell'interazione sociale reciproca, rispetto allo stadio di sviluppo. Tra i sintomi comportamentali vi è lo scarso uso degli sguardi e dei gesti.
- 2) Deve essere presente un disturbo qualitativo della comunicazione verbale e non verbale, rispetto allo stadio di sviluppo. I sintomi comportamentali comprendono il ritardo nell'acquisizione del linguaggio o l'assenza di linguaggio; assenza di gioco simbolico spontaneo e variato.
- 3) Deve essere presente un repertorio nettamente ristretto delle attività e degli interessi, rispetto allo stadio di sviluppo. Fra i sintomi comportamentali vi sono movimenti ripetitivi o stereotipati, come agitare le mani; gli interessi sono anormalmente intensi e circoscritti.

Il primo dei tre criteri è il deficit di interazione sociale reciproca. La maggior parte dell'interazione sociale nei primi tempi avviene attraverso l'interazione fisica: questi bambini mostrano una mancanza di interesse nei giochi sociali e un'accettazione soltanto passiva o persino un'insofferenza per il contatto fisico. Il deficit sociale si fa particolarmente evidente nel secondo e terzo anno di vita con l'ingresso alla scuola materna, quando si osserva la mancanza di quelle risposte sociali verso gli altri bambini, che normalmente ci si aspetta. Al contrario, il bambino affetto da autismo tende ad interessarsi moltissimo al mondo degli oggetti.

Il secondo criterio riguarda i disturbi della comunicazione. Linguaggio e comunicazione indicano due aspetti separati. Molti bambini autistici parlano molto

tardi, oltre i tre anni di età, e qualcuno non parlerà mai. Ma non vengono utilizzati i gesti e le espressioni facciali al posto della parola, e la comunicazione è gravemente limitata. Anche quando il linguaggio si sviluppa la comunicazione è carente: il bambino ripete a pappagallo parole e frasi, ma non ne crea spontaneamente.

Il terzo criterio si riferisce ad un repertorio ristretto di attività e comportamenti. I fenomeni ripetitivi dell'autismo comprendono semplici stereotipie motorie, come grattarsi, schioccare le dita o dondolarsi. Questi comportamenti, se presenti nel bambino piccolo, non hanno un significato particolare, ma se persistono nell'infanzia, sono fortemente associati all'autismo. Tale persistenza è un segno di ritardo o di disturbo dello sviluppo cerebrale. Nei bambini più grandi che non presentano deficit mentali si possono osservare routine e rituali elaborati; tra questi spesso c'è l'insistenza sulla ripetitività e le tendenze ossessive. Ossessioni caratteristiche e strani interessi particolari sono comuni nei bambini più grandi e più brillanti.

Un'altra caratteristica, che attualmente non è richiesta per la diagnosi, riguarda la ipersensibilità e l'iposensibilità verso stimoli sensoriali, sperimentati attraverso l'udito, la vista, l'olfatto, il gusto o il tatto. L'ipersensibilità può portare a imprevedibili scoppi di paura o di rabbia e può anche contribuire a un repertorio comportamentale gravemente limitato, per esempio indossare solo certi abiti e mangiare solo certi cibi. L'iposensibilità può sfociare in un'insolita sopportazione per il caldo o per il freddo e può essere un problema soprattutto se unita all'incapacità di comunicare. Questi fenomeni sensoriali spesso persistono e possono essere rilevati a qualsiasi età.

LA SINDROME DI ASPERGER

Gli esperti sono divisi nel decidere se la sindrome di Asperger e l'autismo debbano essere considerate come categorie diagnostiche distinte. Tendenzialmente si concorda che siano entrambi varianti dello stesso disturbo del quale l'autismo sarebbe una forma più grave, rilevabile in età più precoce. Le persone con sindrome di Asperger sono allo stesso tempo simili e dissimili dagli individui affetti da autismo. La differenza che attualmente si mantiene importante per la diagnosi è che questi soggetti non mostrano ritardo di linguaggio nell'infanzia, né ritardo in altri aspetti del loro sviluppo intellettuale. Tuttavia quando sono più grandi non differiscono in modo sostanziale, in quanto a deficit sociale e ossessioni, da quelli che vengono considerati affetti da autismo "ad alto funzionamento".

La diagnosi di sindrome di Asperger tende ad essere più tardiva di quella di autismo, e viene fatta nella tarda infanzia, adolescenza o addirittura in età adulta. Questo significa che tale condizione è lieve e può sfuggire nelle prime fasi dello sviluppo. Ma le gli effetti di tale condizione non necessariamente solo lievi per l'individuo. Le loro difficoltà di comunicazione sociale sono evidenti specialmente nell'interazione con i coetanei e aumentano con il passare degli anni, con il crescere delle aspettative e delle richieste.

IPERATTIVITA' E DISTURBI DELL'ATTENZIONE

L'iperattività costituisce un disturbo piuttosto comune; viene considerata un disturbo dello sviluppo, in quanto le sue manifestazioni compaiono durante le prime fasi evolutive, generalmente prima dei cinque anni, e mostrano cambiamenti con la crescita. Le stime di incidenza sulla popolazione normale variano decisamente nei diversi autori. Attualmente la stima basata sui criteri del DSM-IV indica un'incidenza del 2-5%, con una prevalenza del disturbo nei maschi rispetto alle femmine.

Si tratta di bambini con un livello anormalmente alto di attività, i quali si muovono troppo, non possono stare fermi, sono irrequieti e spericolati, hanno energie inesauribili, parlano incessantemente e sono eccessivamente curiosi. Accanto a questi segni vengono evidenziati anche il disturbo dell'attenzione e l'impulsività che vanno a costituire una triade caratteristica della sindrome. Quindi, la distraibilità, la mancanza di attenzione, la scarsa tolleranza alla frustrazione, la mancanza di autocontrollo, il comportamento disinibito, costituiscono altrettante caratteristiche dei bambini iperattivi, i quali sono destinati a rapporti familiari e sociali problematici.