

Plusdotazione e insuccesso scolastico

Claudia Jankech

Abstract :

Questo articolo tratta dei bambini e degli adolescenti plusdotati che sono stati in consultazione presso il nostro studio.

L'eterogeneità è la regola. L'esame psicologico si rivela uno strumento scientifico molto utile per capire il funzionamento, sia intellettuale che affettivo, del soggetto. Questa comprensione permette di orientare le diverse prese a carico psicoterapeutiche o pedagogiche e a evidenziare eventuali disturbi associati, spesso rilevati tardivamente nei bambini e negli adolescenti ad alto potenziale intellettuale, mascherati da un'intelligenza sovradimensionata, che permette loro un adattamento sufficiente, che può però, paradossalmente, portarli all'insuccesso. Di fronte a una tale varietà di situazioni, solo le misure adeguate al funzionamento dell'individuo singolare possono permettergli di trovare la via dell'integrazione e del successo all'altezza delle proprie competenze.

L'esame psicologico con il bambino plusdotato: un'analisi scientifica del funzionamento

Come psicologi dovremmo rivalorizzare l'esame psicologico. Un bilancio completo, affettivo e intellettuale, permette in effetti di analizzare il funzionamento di un soggetto, evidenziando la gestione delle emozioni, la struttura della personalità, il livello intellettuale e la rivelazione di eventuali disturbi associati. Permette, inoltre, la valutazione dei progressi (Berger (1))* . Se questa constatazione è valida per tutti i bambini, al fine di favorire una crescita psichica armoniosa, si rivela particolarmente fruttuosa con il bambino plusdotato non riconosciuto, poiché egli non riesce a utilizzare le sue competenze.

L'eterogeneità è frequente nei bambini APC, inspiegata scientificamente, ma oggettivabile.

I concetti di disarmonia elaborati a partire da soggetti che presentano disturbi psicopatologici non possono portare un chiarimento soddisfacente: si dovrebbe sapere se si ritrova nella popolazione generale e se è legata a una sofferenza o a un disadattamento. Tra i miei pazienti, i soggetti che presentano uno scarto importante tra il verbale e il performance a volte stavano molto bene e alcuni che presentano una grande omogeneità intellettuale hanno patologie psichiche. Terrassier (2) ha parlato di dissincronia per illustrare la differenza tra livello sociale, intellettuale ed emozionale negli APC. È la stessa cosa per il livello di attenzione, la motricità, il linguaggio scritto o orale e per il livello scolastico. Anche il soggetto brillante in tutti i campi, compreso quello relazionale, non avrà mai la maturità affettiva della sua età mentale, gli mancherà sempre l'esperienza. D'altronde questo dovrebbe rallegrarci, perché un bambino che avesse la maturità di un adulto sarebbe infelice. Tali contrasti possono esistere in un individuo molto dotato sul piano motorio, ma limitato sul piano intellettuale, ma questo pone meno quesiti.

I bambini APC possono andare incontro a problemi di adattamento, constatazione che è stata fatta negli anni '70 dal professor Ajourriaguerra (4), il primo a parlare di "plusdotato", constatazione dimenticata dagli specialisti.

Lo studio longitudinale di Terman su questo tema (5) ha evidenziato un'immagine esclusivamente positiva dei "gifted", perché era costituito solo da buoni allievi (erano stati gli insegnanti a scegliere i soggetti dello studio). Ora, noi incontriamo bambini con dei QI molto alti, che disfunzionano sia sul piano scolastico che su quello relazionale, senza per forza presentare disturbi di tipo psicotico o disturbi della personalità.

Osservazioni fatte dalle neuroscienze: il bambino plusdotato ha un funzionamento cerebrale più performante

E. Winner nel suo libro (6) menziona il fatto che la soglia di attivazione del cervello è più alta negli individui con un'intelligenza fuori norma (4). Secondo J.C. Grubar (7), nello studio dei potenziali evocati, il plusdotato trasmette più rapidamente l'informazione alla corteccia. Per quanto riguarda la memoria di lavoro, essa sarebbe 2,5 volte superiore tra un soggetto che ha un QI di 140 e quello con un QI di 95, questo riguarda la durata della memoria di stoccaggio e la quantità di informazione stoccata.

L'ultima ricerca riguarda le osservazioni tramite MRI del passaggio del test del QI: Philipp Shaw e coll. (8) hanno seguito longitudinalmente 307 giovani per 15 anni. Constatano: "i giovani che hanno un QI alto (nel loro campione Qi che andavano da 121 a 145) si distinguono per la rapidità con la quale la parte pensante del loro cervello si ispessisce e poi si assottiglia nel corso del loro sviluppo". Questo significa che hanno un cervello particolarmente plastico. È interessante constatare che durante il passaggio del test del QI osservato con MRI, le zone attivate sono quelle prefrontali.

Questo funzionamento molto performante può essere molto sfasato rispetto al livello di maturità affettiva, essendo quest'ultima legata all'esperienza e alla struttura della personalità. La grande sensibilità del bambino APC è spesso considerata come una mancanza di maturità, ma andrebbe piuttosto messa in relazione con una "lucidità imbarazzante", che fa percepire problemi ingestibili e generatori di ansia, data la sua giovane età.

Questa eterogeneità comporta spesso uno sguardo negativo e quindi un'alterazione dell'immagine di sé, una diminuzione dell'autostima, sarà molto presto tacciato di essere "pigro", "immaturo", perché è intelligente e si comporta come un bambino. Il bilancio psicologico permette di riconoscere le competenze, così come le debolezze, spesso relative, di avere un nuovo sguardo sul funzionamento del bambino, più completo e più scientifico. Questo migliora l'autostima con ripercussioni importanti sul comportamento (cfr. "Évaluation des mesures prises", ASEP 2001) (9). Il bambino si sente meglio, riconosciuto. Tra i miei pazienti c'è un bambino di 10 anni con un QI di 151 (omogeneo), la sua maestra lo situava nella media superiore della classe (soffriva di dislessia) malgrado la sua eccellenza in matematica. I suoi genitori lo consideravano nella norma. Lo psicoterapeuta trattante affermava che non fosse plusdotato (senza averlo sottoposto a test). La possibilità di essere considerato in funzione di tutte le sue attitudini e particolarità gli ha permesso di costruirsi un'immagine più coerente di sé stesso.

L'intelligenza emotiva

Un bilancio psicologico condotto correttamente permette di evidenziare la gestione delle emozioni e la sua grande influenza sul funzionamento intellettuale. Come lo ha giustamente detto il celebre neuropsicologo americano Damasio (10) "sono dunque penso" al posto del "penso dunque sono" di Cartesio. Come psicologi clinici lo sappiamo da molto tempo. Per esempio, constatiamo spesso che gli ansiosi dubitano di sé stessi e possono trovarsi in scacco o non utilizzare le proprie competenze.

Noi possiamo osservare la gestione delle emozioni del soggetto durante tutto l'esame psicologico. In effetti, se il test del QI riguarda incontestabilmente più forme di intelligenza (linguistica, logica e visuo-spaziale in particolare), il fatto di passarlo sollecita fortemente le emozioni. È molto difficile per alcuni bambini gestire la situazione d'esame, durante la quale l'esaminatore è costantemente di fronte al soggetto, pone domande non preparate, utilizza il cronometro, lo confronta all'insuccesso. È quindi importante osservare le reazioni del soggetto, ma anche fare un bilancio affettivo (colloquio, disegno, test proiettivi) e rifiutare categoricamente di far passare unicamente il

test del QI, perché dobbiamo restituire il funzionamento intellettuale nel quadro della personalità globale.

Se ci riferiamo ai criteri che riguardano la cosiddetta "intelligenza emotiva", sono, secondo me, indispensabili per adattarsi alla situazione del test (autocontrollo, motivazione, entusiasmo e perseveranza) e osservabili durante tutto il processo del bilancio psicologico, in particolare durante il colloquio clinico (coscienza di sé, empatia, adeguatezza sociale).

I test proiettivi sono indispensabili se i genitori o gli insegnanti segnalano disturbi relazionali, comportamentali o altri sintomi invalidanti e, naturalmente, se il soggetto è sofferente. Questionari come il R-CMAS (ansia) (11) o il MDIC (scala di depressione) (12) si rivelano strumenti affidabili e veloci da utilizzare, permettendoci di individuare disturbi non sempre visibili, nemmeno con i test proiettivi.

Una gestione delle emozioni difficile può, a volte, spiegare il disadattamento scolastico. L'evoluzione del QI di due bambine testate durante la loro infanzia, evidenzia l'eterogeneità dei livelli nel tempo.

Variazione durante lo sviluppo del QI totale nelle due bambine APC

	1° test (infanzia)	2° test (elementari)	3° test (secondarie)
Bambina (esempio 1)	WPPSI R: 115 globale	WISC III 110	WISC IV 138
Bambina (esempio 2)	WPPSI R: 114 globale (Columbia : 132)	WISC III 136	WISC IV 125 ICV 130, IRP132 IVT 106, IMT 94

Si tratta di due esempi tra molti altri. Sembra quindi importante rimanere molto prudenti prima di pronunciarsi sul potenziale intellettuale di un paziente. In effetti il **QI misura l'utilizzo dell'intelligenza** in condizioni e tarature standardizzate. A partire da questa misura inferiamo il potenziale, cosa che implica che il risultato può non corrispondere al potenziale del soggetto. Ripetere il test è essenziale, a condizione di rispettare un intervallo di 2 anni (salvo se il bambino cambia fascia di età). In effetti, se con un QI uguale o superiore a 130 siamo incontestabilmente di fronte a un bambino molto dotato, è invece molto difficile, in alcuni casi, affermare il contrario. I dati anamnestici e l'osservazione del bambino, in famiglia e a scuola, sono molto importanti per formulare l'ipotesi di uno sfasamento tra il potenziale e il suo uso. Questa ipotesi sarà tanto più probabile nel caso di prove legate all'intelligenza verbale, logica e all'astrazione con risultati molto alti. Le cause di questa pessima utilizzazione delle attitudini va ricercata nel funzionamento del soggetto legato a problemi specifici di tipo affettivo o strumentale.

L'insuccesso scolastico del plusdotato (si veda il paragrafo 5 sotto Presentazioni) Plusdotazione e disturbi associati

All'inizio della mia pratica intensiva con i bambini ad alto potenziale intellettuale, tendevo a pensare che di fronte a un QI molto alto e omogeneo, noi potessimo, con molta probabilità, escludere un disturbo associato del tipo ADHD. Molto presto ho constatato che il disfunzionamento del bambino plusdotato a scuola può, spesso, essere attribuito a una difficoltà a livello del linguaggio scritto (dislessia) e dell'attenzione (deficit di attenzione). Anche se le prime cause rimangono il disadattamento a livello dell'insegnamento ricevuto e le difficoltà relazionali.

Dati scientifici

Secondo la mia esperienza, gli APC che hanno avuto bisogno di psicoterapia (cfr. il mio studio su 90 bambini APC nel resoconto del congresso ASEP 2001 (9)) sono il 20%. Questa percentuale

sembra corrispondere ai risultati delle ricerche sui soggetti della popolazione generale. In effetti, la prevalenza dei disturbi psichici del bambino e dell'adolescente è stata abbondantemente studiata. Costituisce attualmente un problema maggiore di salute pubblica. Le ricerche attuali li stimano attorno al 20% (15), gli autori citano in particolare il libro di Roth e Fonagy. "What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research". Abella e Manzano sottolineano in particolare che le patologie sono "considerate banali e tendono spontaneamente a scomparire, e questo tanto più se non intaccano severamente l'adattamento sociale o gli apprendimenti scolastici e non disturbano fortemente l'ambiente circostante".

Lo studio di Escribe, Rogé, Blicharski (16) effettuato su 98 bambini dell'ANPEIP (Associazione per i Bambini Intellettualmente Precoci, Francia) evidenzia un tasso ben superiore ed è solamente il 31% di questi bambini, da 10 a 15 anni, ad essere stato considerato senza problemi di adattamento, né patologie psichiche. Gli studi effettuati con i bambini APC pongono un importante problema di campionamento: in effetti, sebbene il gruppo proveniente da una associazione non sia un gruppo clinico, non corrisponde nemmeno per forza a un campione rappresentativo dei soggetti ad alto potenziale intellettuale, corrispondente, al di sopra di 130 di QI, al 2% della popolazione generale.

La ricerca di Terman (Gifted grow up, 5) ha descritto un quadro molto ottimista a partire da bambini che sono stati seguiti longitudinalmente per diversi anni. Ha, ad esempio, evidenziato che questi bambini dormivano molto bene. Attualmente, in seno all'ASEP, il tasso di problemi del sonno è grande (62% (9)). La ricerca di Escribe e coll. evidenzia anch'essa un tasso molto alto di disturbi del sonno (60,42% con disturbi del sonno a 10 anni). Per quanto riguarda altri disturbi, si deve rilevare che sono stati evidenziati: 55.21% di disturbi depressivi, 31.25% di disturbi alimentari e 25% di problemi visivi.

La differenza tra questi studi è prima di tutto dovuta alla costituzione del campione: mentre Terman ha scelto i plusdotati attraverso gli insegnanti, che hanno evidentemente segnalato i buoni allievi, e dipinto un'evoluzione molto favorevole di questi bambini, gli altri (il mio studio e quello di Escribe e coll.) partono da gruppi di bambini che sono stati in consultazione o sono in un'associazione, perché, in molti casi, presentano dei disturbi. Per ciò che riguarda la mia pratica, il 12% dei bambini e adolescenti venivano per semplice curiosità, il resto presentava problemi, più o meno seri, in ambito scolastico, relazionale e/o comportamentale. Sottolineiamo d'altronde che la ricerca di Escribe è stata studiata grazie a un'analisi statistica, e non è il caso del mio studio, che va considerato più come una fotografia dei miei pazienti, che come una ricerca scientifica, non avendo io i mezzi per condurla in uno studio privato. Possiamo tuttavia ipotizzare che nella popolazione totale degli APC, coloro che non fanno parte di un'associazione o non consultano uno psicologo, non sono per forza bambini che stanno benissimo, ma anche bambini con grandi sofferenze, il cui alto potenziale non è individuato o considerato.

Si tratta quindi di prendere in considerazione il fatto che la plusdotazione rimane un fattore di rischio importante e che è soprattutto durante lo sviluppo che i problemi compaiono. Così, Escribe e collaboratori concludono: "I nostri risultati ci allontanano da un'attribuzione causale che implichi unicamente predisposizioni biologiche, ci avvicinano a una causalità maggiormente determinata da fattori contestuali e da danni occasionati da stress cronici." E gli autori consigliano: "l'urgenza di una presa in considerazione più consensuale". Come per l'insuccesso scolastico, che diventa importante a partire da 11-12 anni, i problemi appaiono o sono individuati durante la crescita.

I.L'ADHD: disturbo di deficit di attenzione con iperattività: Disturbi ipercinetici (ICD-10: F90)

L'ADHD si manifesta in maniera molto differente in un bambino APC. Il bambino APC che soffre di un deficit di attenzione sarà capace di concentrarsi in attività interessanti e adeguate al suo livello intellettuale. Invece, se è in classe, con un insegnamento che ha un ritmo troppo lento e poco adatto al suo livello, presenterà grandi difficoltà di attenzione, di organizzazione e/o difficoltà di integrazione con i suoi pari.

- ⇒ Esempio n° 1: Mentre passa la parte verbale del WISC III, Arthur non ha smesso di andare su e giù per la stanza, cosa che non gli ha impedito di avere un QI verbale di 148, ma ha ottenuto un QI performance di 93, perché l'orientamento spazio-temporale e la grafia sembravano compromessi, non riusciva a restare seduto e canalizzare la sua attenzione, era questa la causa della disarmonia tra verbale e performance? (codice 1, cubi 7, simboli 8). La presa di Ritalin ha rapidamente migliorato il funzionamento di questo bambino, in particolare il problema di comportamento sia in classe che a casa.
- ⇒ Quello che importa sottolineare: non si può descrivere un quadro tipico dell'APC che soffre di ADHD. A volte il comportamento è difficile e il bambino non ha problemi scolastici, mentre altre volte il verbale è ottimo e il performance molto più basso, ma esiste anche il caso contrario. Altre volte gli indici intellettuali sono buoni e solo gli indici di velocità e memoria di lavoro sono bassi.
È importante escludere un disturbo della personalità, una depressione o qualsiasi altro disturbo della sfera affettiva.

Criteri diagnostici: mentre è necessario che i sintomi siano rilevati nei due campi (scolastico e familiare), negli APC risulta chiaramente che, molto spesso, i sintomi non si manifestano nei due luoghi.

II. Disturbi della condotta (ICD-10: F91)

I criteri ICD-10 per questa diagnosi sono: un risultato di 10 punti inferiore alla scala di Bayley, deboli capacità di simbolizzazione e di linguaggio, dunque piuttosto uno sviluppo cognitivo debole. Si deve quindi essere molto prudenti con questa diagnosi quando si tratta di un bambino plusdotato intellettualmente. Nel mio campione i genitori parlano di manifestazioni comportamentali disturbanti, come l'opposizione, le crisi di collera in famiglia o di comportamenti inadeguati a scuola. La maggior parte dei bambini che ho incontrato nel quadro di un bilancio per individuare la plusdotazione e per i quali i genitori evocavano difficoltà comportamentali, hanno visto il comportamento migliorare in seguito alla diagnosi di plusdotazione (69%, cfr. presentazione sulla VALUTAZIONE DELLE MISURE PRESE (9))

- ⇒ Esempio n° 6: Ragazzo esaminato in 1a elementare, visti i suoi grandi problemi comportamentali in classe. Dopo l'evidenziazione della sua plusdotazione e un adattamento dell'insegnamento (salto di classe) il ragazzo si calma, partecipa e non pone più problemi. Ho rivisto questo giovane che sta attualmente terminando la scuola dell'obbligo senza aver avuto problemi di comportamento, tranne una tendenza a dare facilmente la sua opinione agli insegnanti, cosa considerata come dell'insolenza.

III.I disturbi del linguaggio: disfasia (ICD-10: F80), ritardo dell'apparizione del linguaggio, dislessia/disortografia (ICD-10: F81)

La disfasia è spesso diagnosticata molto precocemente nella vita del bambino. Ma nei bambini plusdotati capita che i disturbi vengano individuati più tardi, in particolare la dislessia.

1) La disfasia

I bambini dislessici hanno spesso presentato una disfasia nella prima infanzia. Nella tabella seguente ritroviamo l'evoluzione di un bambino disfasico, che si è rivelato plusdotato.

Bambino 1° esame a 4 anni e 5 mesi	1° bilancio QI verbale non valutabile Non verbale Columbia 131	2° bilancio QI verbale 86 Non verbale 131 Globale 110	3° bilancio QI uguale o superiore a 130
--	---	--	--

2) A livello del linguaggio scritto

Per quanto riguarda la dislessia: nelle prime classi, e a volte fino alle medie, un bambino ad alto o altissimo potenziale può mascherare completamente questo disturbo. Il bambino si adatta sempre, imparerà quindi le letture a memoria, leggerà in diagonale (qualche parola chiave gli sarà sufficiente per capire l'insieme), dedurrà le consegne a partire dal contesto (molto spesso abbondantemente illustrato). A questo proposito, l'osservazione di una ragazzina che non sapeva leggere e che aveva un QI superiore a 130 è istruttiva: quando le chiedo come si arrangia a scuola per avere apprezzamenti eccellenti in francese senza saper leggere, mi risponde: "io leggo solamente quando non capisco". Viste le schede che deve riempire a scuola, avendo una sovra-capacità evidente, questa bambina naviga attraverso gli apprendimenti senza leggere. Ottiene note eccellenti, ma non esercita la lettura, senza aiuto in quinta sarà bocciata.

Esempio: Marcel per evitare la sua disortografia, usa solo parole che sa scrivere correttamente, siccome è molto intelligente, trova facilmente strutture di frasi differenti e sinonimi possibili per poter scrivere parole di cui è sicuro.

Esempio n° 3: per Sébastien, la cui dislessia è stata individuata a 12 anni, che incontro in seconda media (9ème VSO, voie secondaire à option, VD), l'evoluzione è stata difficile: ha avuto una depressione in seguito alla bocciatura in francese, il cui risultato insufficiente ha chiuso la via verso la maturità e l'ha condotto su un binario morto. Il percorso di Sébastien non è considerato un insuccesso dal sistema scolastico vodese. Vedendo le sue capacità e le sue aspirazioni, questo adolescente potrebbe essere in una via che prepara alla maturità.

QI globale: 116, Verbale 111, Performance 117
Comprensione verbale: 113 (informazione basso), organizzazione percettiva 123
Indice di Brown: Indice verbale 120.8, Indice spaziale 119,8, Indice di concentrazione non calcolato, ma codice a 8 e aritmetica a 9.
PM di RAVEN: 57/60, molto superiore al centile 95, che corrisponde al livello, su cento, di 95 del livello BAC/BAC+2 (maturità/maturità + 2 anni di studio superiore, N.d.T.)

(cfr. Resoconto delle conferenze organizzate il 12 maggio 2007: Intelligenza e Dislessia a Losanna (17))

3) **Della necessità di individuare e trattare molto precocemente:** il recupero è spesso spettacolare per la lettura, vista la loro curiosità intellettuale, la loro voglia di imparare e di scoprire tutto ciò che tocca la conoscenza o le storie (sono numerosi gli APC che fanno scattare la lettura grazie a Harry Potter) e sarà tanto più grande quanto l'intervento della logopedista sarà precoce. Inoltre, si deve assolutamente tenere conto dello scarto tra il livello

di lettura e il livello intellettuale. Scarto che si farà sentire molto nei bambini che hanno voglia di leggere molto presto.

Precocemente significa per me al più tardi a 6 anni. I bambini che ho incontrato, che avevano beneficiato della logopedia molto presto, hanno potuto sviluppare un piacere e un livello di lettura molto elevati e in relazione con la loro intelligenza. Per contro, restano dislessici in molti campi (inversioni, attenzione a livello dello scritto ...) e hanno spesso una disortografia tenace.

Un'associazione devastante: ADHD, plusdotazione e dislessia/disortografia

La plusdotazione comincia a mascherare il deficit di attenzione, poi la difficoltà di attenzione ostacola l'apprendimento della lettura e così la plusdotazione non è più visibile.

- ⇒ Esempio n° 4: Martial mi consulta dopo aver terminato i primi 4 anni di elementari in maniera più o meno difficile, durante i quali la plusdotazione è stata individuata per prima, seguita dalla dislessia. Purtroppo il trattamento è stato sospeso in 3-4a elementare. In 4a viene diagnosticato un ADHD e in 5a è lo sbandamento. È allora che lo vedo per la prima volta. Il bilancio che effettuo evidenzia: un QI totale di 131 (ICV 146, IPR 124, IML 103, IVE 115), un livello di lettura di 7 anni e 7 mesi (oggettivato con il test dell'Allodola dalla logopedista), e un deficit dell'attenzione visibile, in particolare a scuola. Cosa caratteristica negli APC che soffrono di ADHD, i cui sintomi non compaiono in tutte le situazioni. Attualmente questo ragazzo prende il Ritalin e si organizza meglio, riesce a mettersi al lavoro, non dimentica le sue cose. Sembra, retrospettivamente, che il deficit di attenzione abbia aggravato la dislessia, la cui gravità era stata mascherata dalla plusdotazione.
- ⇒ Esempio n° 5: Balthazar visto in consultazione durante la scuola dell'infanzia; questo bambino era percepito da sua madre come iperattivo, ma con buon livello intellettuale. Tuttavia, visto il suo disturbo del comportamento e il suo bisogno di onnipotenza, questa diagnosi è scartata. Presenta un QI di 120 e consiglio una psicoterapia. Sviluppa una dislessia. Dopo la psicoterapia e un trattamento di logopedia, sta meglio, al test del QI risulta un QI di 136, con un QIV di 141, un QIP di 119, un livello alle matrici di Raven superiore al centile 95), ma i test di attenzione (test di Stroop, test di Accoppiamento di immagini) hanno evidenziato un deficit di attenzione. Si inizia un trattamento con Ritalin e in 4a elementare un sostegno pedagogico con M. Anthamatten (cfr. "HP et échec scolaire", APC e insuccesso scolastico) riesce a scuola e intraprende il percorso verso la maturità.

IV.I disturbi emozionali (ICD-10: F93)

1) Il ritiro sociale

Il bambino ha pochi mezzi di espressione e tutte le situazioni difficili sono leggibili nel suo atteggiamento verso l'ambiente che lo circonda. Il bambino che si agita sarà presto mandato da uno psicologo, il bambino introverso lo sarà meno spesso.

Esempio n° 7: un bambino arriva in consultazione in seguito a un ritiro notevole in classe durante il secondo anno di scuola dell'infanzia; in seguito a un bilancio che permette di evidenziare un QI superiore a 130, diventa partecipativo e riesce a mostrare le sue capacità in classe, inibite perché aveva una grande differenza tra l'intelligenza e la grafomotricità.

2) L'inibizione intellettuale

I soggetti che soffrono di un'inibizione intellettuale non ottengono dei QI al livello della plusdotazione, perché il loro disfunzionamento intellettuale può essere importante e si ripercuote sull'esecuzione del test. Il Qi verbale è spesso più basso del Qi performance (profilo frequente nei bambini che sono in classe di sviluppo) e inferiore alla norma.

Alcuni hanno un ottimo ragionamento logico sul piano non verbale, ma falliscono a livello di QI verbale.

In questo caso c'è un'inibizione del pensiero; per un bambino molto dotato si tratta di un'automutilazione della propria intelligenza (come l'ha descritta Gauvrit).

L'inibizione intellettuale va trattata con una psicoterapia, imperativamente, per dare la possibilità al soggetto di permettersi di trovare, o ritrovare, la libertà di pensare, indispensabile per sostenere l'intelligenza ed evitare che quest'ultima diventi "sterile". La sofferenza è in gran parte "ammortizzata" dall'inibizione del pensiero nei bambini che conservano una possibilità di agire, ma è importante in quelli che bocchiano a scuola, pur avendo un buon livello intellettuale, in particolare a livello di ragionamento.

- 3) **La nevrosi: diagnosi riservata agli adulti (F34, F40, F42) nell'ICD-10. È definita dal conflitto** intrapsichico tra le istanze morali e l'io del soggetto. La nevrosi può essere favorita da uno scarto importante tra maturità affettiva e intelligenza. Il conflitto interiore tra ideale dell'io, super-io e pulsioni può rivelarsi molto forte. Il controllo eccessivo dei movimenti pulsionali, in particolare l'aggressività, può favorire la formazione di sintomi (fobie, ad esempio). Il bambino plusdotato presenta dunque, a volte, un profilo diagnostico vicino a quello dell'adulto.
- 4) **Disturbo iperansioso (F83.8):** la lucidità, la precocità e la sensibilità del plusdotato lo portano ad anticipare troppo le difficoltà, senza pertanto dover padroneggiare le situazioni, a causa dell'immaturità naturale del bambino, come potrebbe fare un adulto. Può, per di più, avere dei disturbi ansiosi nel senso diagnostico del termine, cioè che saranno invalidanti, essendo il criterio principale la sua sofferenza e l'effetto dal punto di vista intellettuale e affettivo.
- 5) **I disturbi pervasivi dello sviluppo (F84):** Terman ha rilevato meno dell'1% di psicosi nel suo studio longitudinale. L'APC può soffrire di tali disturbi, che può mascherare più a lungo rispetto a un ragazzo "comune". Sono spesso indispensabili test proiettivi per identificarli. La definizione dei disturbi di tipo psicotico è oggetto di controversie: si deve parlare di disturbi psicotici quando la persona vive un equilibrio psichico soddisfacente pur avendo una "struttura" psicotica tale da essere evidenziabile attraverso i test proiettivi o si deve riservare questa diagnosi ai soggetti che scompensano verso la psicosi (perdita di contatto con la realtà, grave disturbo relazionale, comportamenti rigidi, ritualizzati stereotipati), come nello studio di Terman?

I bambini plusdotati possono presentare disturbi di questo tipo, ma non esistono studi che mostrino un legame specifico tra plusdotazione intellettuale e psicosi.

Questi disturbi sono i più frequenti. Questa lista non è esaustiva.

- ⇒ Non ci sono prove scientifiche che gli APC presentino patologie psichiatriche in maggior numero e/o più gravi. È quindi indispensabile ricordarsi bene che gli APC che consultano presentano dei problemi, arrivano così nei servizi psichiatrici, cosa che può portare gli specialisti a pensare che rappresentino i soggetti plusdotati.

Perché la diagnosi è particolarmente difficile con il bambino APC?

Secondo la mia esperienza (circa 300 bambini APC), la diagnosi è mascherata dall'intelligenza per varie ragioni:

- 1) L'intelligenza porta il bambino a tentare di comportarsi in modo da corrispondere alle sue aspettative e a quelle di chi gli è vicino (genitori, insegnanti). L'intelligenza lo porterà a esercitare un controllo sui suoi affetti, a mascherare ciò che percepisce come disfunzionamento o deviazione del comportamento.

- 2) A forza di tentare di comportarsi bene e di essere gratificato dai complimenti, finirà spesso per immaginare che gli adulti lo amino perché è performante, buon allievo, saggio ... questo lo conforterà e tenderà verso un eccesso di controllo.
- 3) Questo eccesso di controllo lo porterà a nascondere tutti i problemi che potrebbe incontrare e che potrebbero comportare delle deviazioni.
- 4) Svilupperà strategie compensatorie per non mostrare i suoi problemi, fatto particolarmente visibile in caso di dislessia.
- 5) Le sue capacità di controllo gli garantiranno risultati scolastici perlomeno sufficienti.
- 6) Riuscirà a restare in buoni termini con i suoi compagni, nessuno immaginerà la sua sofferenza e quando ne parlerà, i suoi interlocutori gli diranno che esagera. La sua sofferenza sarà invalidata e si ritroverà isolato.
- 7) L'idealizzazione dell'intelligenza ci porta sempre ancora a pensare che una persona intelligente debba sempre cavarsela. Questo induce spesso l'ambiente a non riconoscere i problemi associati alla plusdotazione e a non consultare se i risultati scolastici sono mediocri.

Misure necessarie

1. **Pedagogiche:** sono praticamente sempre necessarie per gli APC che consultano. Sono indispensabili per coloro che hanno difficoltà scolastiche, ma anche per quelli che si riposano sulle proprie capacità senza fare sforzi. Possono a volte costituire una vera e propria rianimazione intellettuale. È necessario riempire qualche condizione: il lavoro deve essere effettuato da un pedagogo che capisca gli APC e che sappia basarsi sulle loro capacità, in particolare logiche, eccezionali in questi bambini. Come quelle proposte da Jean Claude Anthamatten (cfr. www.jankech.ch, il capitolo "Les surdoués en échec scolaire", I plusdotati con insuccessi scolastici). Il sostegno pedagogico non è l'unica misura possibile, ma la più proficua, perché permette all'adolescente di riprendersi senza cambiare ambiente e di imparare a imparare, a entrare finalmente in un processo di apprendimento. Per alcuni una scuola per bambini APC può essere necessaria, soprattutto se soffre sul piano relazionale e si annoia a scuola. La noia scolastica può essere sopportata in alcuni casi, se l'adolescente è perlomeno ben integrato socialmente. I disturbi associati, qualsiasi essi siano, escludono solo raramente la necessità di attuare misure pedagogiche. È, in effetti, molto raro che un allievo riesca grazie a una psicoterapia. Per alcuni bambini è indispensabile integrarli tra pari APC, affinché possano aprirsi. Le associazioni, le scuole private o le classi del mercoledì possono permettergli di identificarsi a bambini che funzionano come lui.

Il salto di classe è una misura molto utile, in particolare alla scuola dell'infanzia e alle elementari. I plusdotati che hanno abbreviato un ciclo e che non soffrono di disturbi associati, si sono sentiti meglio con bambini più grandi (12 su 20) o non hanno notato cambiamenti (8 su 20), secondo il mio studio del 2001 (9).

2. **Psicoterapeutiche:** psicoterapie individuali o in gruppo. Lo sguardo dello psicoterapeuta deve essere benevolo e valorizzante rispetto alla plusdotazione, è primordiale per non ripetere l'emarginazione o l'incomprensione vissute nel quotidiano. Le prese a carico in gruppo sono utili, perché il bambino realizza che non è il solo a soffrire, malgrado competenze eccellenti, di disadattamento e di pessima autostima.
3. **Pedagogico-terapeutiche:** trattamento logopedico e/o psicomotorio per favorire l'impegno negli apprendimenti scolastici il più presto possibile, per colmare le differenze che saranno fonte di insuccesso (29% dei bambini e 21% delle bambine APC hanno una motricità meno performante, ASEP 2001 (9).

Conclusionne

La soluzione standard non esiste e la decisione deve essere presa tenendo conto del funzionamento, ma anche dei desideri e dei limiti del bambino. La soluzione di lasciarlo annoiare per giornate intere in classe, e sommergerlo di attività extra-scolastiche si rivela spesso una pessima soluzione, perché il bambino non impara ad affrontare l'apprendimento. Inoltre, le sue numerose attività lo priveranno di momenti di divertimento con i suoi pari.

L'attuazione di soluzioni deve basarsi anche sull'esame psicologico e sull'analisi del funzionamento, spesso eterogeneo.

Accettare l'eterogeneità, analizzarla bene e, se necessario, trattare i campi con difficoltà o gestirla. Finalmente dobbiamo aiutare i pedagoghi a posare uno sguardo più benevolo sui bambini differenti e dargli strumenti per capire il loro funzionamento. Il riconoscimento rimane il primo e il più importante passo verso l'integrazione di tutti i bambini fuori norma. La volontà politica potrebbe, favorendo il cambiamento del percorso scolastico, favorire la differenziazione a partire dalle elementari, praticando l'insegnamento a livelli, come viene praticato negli Stati Uniti. Questo favorirebbe l'integrazione dei bambini con deficit intellettuali, così come dei bambini plusdotati.

Traduzione: zetapiesse-apc.ch

Articolo originale : http://www.jankech.ch/pdf/surdou_2008mai.pdf

Bibliographie

- 1) Maurice Berger : « L'Échec à la protection de l'enfance », Paris, Dunod
- 2) Jean Charles Terrassier : « Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante », 1989, 2^{ème} édition
- 3) Howard Gardner : « Les formes d'intelligence », 1993, Paris, Edition Odile Jacob
- 4) Juan de Ajurriaguerra : « Problèmes psychosociologiques posés par les enfants surdoués » in Manuel de psychiatrie de l'enfant. Ed. Masson, Paris 1974
- 5) Termann : « Gifted grows up »
- 6) Ellen Winner : « Surdoués, mythes et réalité », Editions Aubier, 1996
- 7) Grubar, Duyme, Côte : « La précocité intellectuelle. De la mythologie à la génétique », Editions Margada, 1997
- 8) Philipp Shaw et coll. : « Le QI est lié à la dynamique de maturation du cerveau » in Tribune médicale du 13 avril 2006, tiré de la revue « Nature » du 30 mars 2006
- 9) Compte rendu congrès ASEP 2001 : « L'enfant à haut potentiel intellectuel : la reconnaissance à l'école et dans la famille » www.asep-suisse.org
 - A. « L'Échec scolaire du surdoué », Claudia Jankech
 - B. « Evaluation des mesures prises », Claudia Jankech
 - C. « Le bilan psychologique », Claudia Jankech
 - D. Enquête D'agostino sur les membres ASEP
 - E. Dr Bammatter : Dépistage et profil
- 10) Antonio Damasio : « L'erreur de Descartes. La raison des émotions », Edition Odile Jacob, cité dans la revue Science et Vie no 993 de juin 1995 dans l'article « La science donne raison à Freud »
- 11) R-CMAS : « Ce que je pense et ce que je ressens », de Cecil R. Reynolds et Bert O. Richmond, Centre de Psychologie Appliquée, Paris
- 12) MDI-C : « Echelle composite de dépression pour enfant », de Berth et Kaiser, Centre de Psychologie Appliquée, Paris
- 13) Arielle Adda : « L'enfant doué ou l'intelligence reconciliée » 2003, Editions Solar Famille
- 14) Claudia Jankech et Jean-Claude Anthamatten : « L'Échec scolaire du surdoué. Une prise en charge pédagogique » www.jankech.ch/pdf/echechfr.pdf
- 15) A. Abella, J. Manzano : « Les troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence aujourd'hui : un problème majeur de santé publique » in Archives suisses de Neurologie et psychiatrie, Volume 157, numéro 1- Janvier 2006
- 16) M. Escribe, B. Rogé, T. Blicharski : « Diversité des difficultés adaptatives et typologies individuelles dans une population d'enfants à haut potentiel intellectuel » in Revue de psychoéducation, Volume 35, numéro 2, 2006, p.377-397- Canada
- 17) « Intelligence et dyslexie », journée du 12 mai 2007 à Lausanne, compte-rendu www.asep-suisse.org
- 18) Gauvrit Alain : « Le complexe de l'Albatros » communication au 2^{ème} congrès International d'Eurotalent, Milan 06/05/1993. Communication donnée aussi au congrès ASEP 2001

Mais aussi, non cités dans le texte :

- 19) Congrès de l'AFEP (association française des enfants précoces), Paris, 25 mars 2000 : « La précocité : les chemins de la réussite après un parcours souvent difficile », pour commander voir sous « Liens » site de l'AFEP
- 20) René De Craeker : « Les enfants intellectuellement doués », PUF, Paris, 1951
- 21) Thierry Leclerc : « Les Tests d'intelligence » Revue FSP Psychoscope, 6/2001
- 22) Aaron R. Coriat : « Les surdoués, approche psychodynamique et théorique », collection Paidós, Le Centurion, 1997.
- 23) Michel Duyme & coll. 1999 : Science et vie, Evolution du QI/inné acquis
- 24) Sylvie Tordjmann et coll. : « L'enfant surdoué en difficulté », PUR, 2005
- 25) Jeanne Siaud-Facchin : « Aider l'enfant en difficulté scolaire »
- 26) Serge Boimare. « L'enfant ou la peur d'apprendre » Edition Dunod, 2^{ème} édition Paris 2004
- 27) David G. Myers : « Psychologie » coll. Médecine et science, Edition Flammarion, 2^{ème} édition Paris 2004