

Quando il potenziale intellettuale è mascherato dal sintomo: un caso clinico

Magda Di Renzo*, Gianna Palladino, Federico Bianchi di Castelbianco and Lidia Racinaro

Istituto di Ortofonia, IdO Roma, Italia

1. Introduzione

Il concetto di *giftedness*, come ormai è stato ampiamente chiarito nella letteratura internazionale, è multidimensionale e coinvolge caratteristiche che si riferiscono sia agli aspetti cognitivi che a quelli comportamentali e di assetto di personalità. Già nel 1986 Renzulli (Renzulli, 1986) ha descritto la *giftedness* con il modello dei 3 anelli (Three Ring Model) mettendo in luce 3 caratteristiche principali in questi bambini: impegno nel compito (task commitment), creatività e abilità fuori del comune (above average ability) e Gagné ha differenziato la *giftedness* sottolineando come questa sia espressione di un talento naturale (Gagné, 2014). Le particolari potenzialità in ambito intellettuale possono facilmente creare una disarmonia nello sviluppo globale perché è come se il bambino non riuscisse a stare al passo emotivamente con la sua ideazione e non trovasse un adeguato equilibrio per contenere la propria impulsività.

Dabrowski ha sottolineato che i bambini plusdotati presentano una ipereccitabilità intellettuale, sensoriale ed emozionale, che posseggono una capacità immaginativa molto attiva per una maggiore consapevolezza dei dettagli, dei contrasti e delle differenziazioni dell'esperienza. (Dabrowski 1977, Jackson 2009).

A causa della loro differente modalità conoscitiva i bambini ad alto potenziale possono essere mal interpretati. Come già sottolineato, da alcuni autori, il loro eccitamento viene considerato eccessivo e inquadrato come una sindrome iperattiva, l'atteggiamento critico come non accettazione dell'autorità, l'immaginazione come mancanza di attenzione, la forte emozionalità come immaturità e la creatività e l'autocentrismo come disturbo oppositivo. (Gross 1998).

Possiamo definire, dunque, lo sviluppo di questi bambini disarmonico perché esiste una notevole eterogeneità tra le singole aree di sviluppo, come già definito da Silverman con il concetto di "asincronia evolutiva" (developmental asynchrony) che riguarda la differenza tra i livelli cognitivo, emotivo e psicomotorio. (Silverman, 1997, Alsop, 2003).

E' ormai acquisito, dalla comunità scientifica, che i bambini plusdotati (intellectually gifted children) presentino, nella maggior parte dei casi, problemi socio-emozionali e/o

difficoltà scolastiche, nonostante il ricco potenziale che li caratterizza. E' inoltre dimostrato che l'evoluzione dei bambini gifted è fortemente influenzata dalle circostanze ambientali e dai sistemi educativi (Merzon, 2013). Nell'attuale scenario è frequente, però, che i bambini plusdotati non siano riconosciuti come tali e che arrivino al clinico per le manifestazioni psicopatologiche che vengono a strutturarsi sulla disarmonia esistente, manifestazioni che, se lette solo in senso sintomatico, possono creare maggiori squilibri al bambino.

Attraverso il racconto e la definizione di un caso clinico, si vuole sottolineare proprio la negatività di una diagnosi settoriale e di un intervento terapeutico sintomatico che eluderebbero il disagio più profondo alla base del sintomo stesso, iperspecializzando una competenza e aumentando il rischio psicopatologico in termini prognostici.

Il potenziale intellettuale, già scarsamente sostenuto da strumenti psichici immaturi e comunque non sufficienti a orientarlo, non viene più usato in senso adattivo dal bambino e il rischio, oltre ad un disagio psichico, è proprio la perdita del potenziale stesso. Ciò che può accadere, infatti, è che il potenziale sia mascherato o espresso proprio attraverso il sintomo determinando la strutturazione di un disturbo come espressione massima della "asincronia evolutiva" in un profilo di vulnerabilità individuale e ambientale.

Lo sforzo clinico di ascrivere il sintomo a questi aspetti generali, non riducendolo a una semplice "etichetta", ci permette di valutare la globalità dello sviluppo evitando di frammentarla e, quindi, di diagnosticare o potenziare solo un aspetto non consentendo al potenziale sottostante di emergere.

L'obiettivo finale non è, pertanto, solo la compensazione del disturbo, ma il raggiungimento di un maggiore equilibrio fra le aree del funzionamento così che il potenziale possa essere espresso in pienezza dal punto di vista intellettuale, ma anche dai sistemi evolutivi deputati al suo contenimento.

Al contempo, una terapia che rispetti l'evoluzione in tutti i suoi aspetti deve essere supportata da un'analisi costante in ambito diagnostico affinché possano essere individuate le aree di compensazione, ma anche gli aspetti di vulnerabilità obbligando al continuo rimodulamento dell'intervento al fine di contenere e indirizzare l'asincronia evolutiva verso forme evolutive più armoniche. E' in questo contesto e con questa visione che trova significato una diagnosi precoce globale, rispettosa del significato complesso dell'evoluzione e dei suoi sistemi di sviluppo interconnessi.

2. Descrizione del caso

Il caso esposto di seguito, infatti, descrive la storia clinica di un bambino che arriva in consultazione per un disturbo di linguaggio, ma sin dal primo inquadramento diagnostico

e nei successivi focus valutativi l'impegno osservativo non è mai solo sullo specifico disturbo, così da focalizzare la terapia al percorso di crescita e ridefinire le aree e le modalità di intervento.

Francesco arriva in consultazione al Servizio di Diagnosi e Valutazione del nostro Istituto all'età di 3.5 aa durante il corso del I anno di scuola materna, su richiesta diretta della coppia genitoriale preoccupata dal rallentamento nella competenza linguistica.

Nel nostro Istituto le consultazioni sono svolte da un'equipe multidisciplinare composta da diversi specialisti esperti nell'assessment che si svolge attraverso la raccolta anamnestica, la valutazione testologica, le visite specialistiche e l'inquadramento diagnostico finale. Il dato significativo emerso nella raccolta anamnestica è l'impedimento motorio grave (impedimento nella deambulazione) accorso alla madre durante i primi mesi di vita del bambino.

Nel contesto di prima consultazione, non è possibile somministrare a Francesco alcun test specifico in quanto il bambino presenta condotte di rifiuto a richieste strutturate, espresse attraverso comportamenti di evitamento o disimpegno diretto. La valutazione, pertanto, si avvale dell'osservazione con il metodo di gioco dalla quale emerge:

- Organizzazione psicomotoria adeguata;
- Struttura della frase composta da due/tre elementi con buona iniziativa verbale;
- Severo disordine fonetico-fonologico;
- Eloquio inintelligibile;
- Versante recettivo integro

A fronte di una adeguata competenza relazionale, si osservano condotte di scarsa regolazione emotiva, dispersività attentiva e gioco simbolico ridotto.

Si definisce, quindi, un disturbo espressivo del linguaggio da collocare in un più ampio quadro di difficoltà nell'integrazione degli stimoli e si rimanda a una valutazione più complessa di tutti gli ambiti dello sviluppo per tracciare il quadro evolutivo con precisione. Si programma comunque un intervento terapeutico che favorisca una maggiore regolazione emotiva e faciliti la canalizzazione dell'attenzione e ciò consente, dopo 6 mesi, una valutazione strutturata. L'intervento terapeutico è stato affidato, in questa prima parte, a una psicoterapeuta.

Prima valutazione complessa 4 anni II anno di materna

I dati raccolti dall'analisi delle diverse aree di sviluppo attestano la competenza linguistica a un livello non idoneo rispetto all'età cronologica.

Nello specifico la struttura della frase è composta da due elementi con uso limitato dei funtori; disordine fonetico-fonologico severo con destrutturazione della parola che rende l'eloquio inintelligibile. Presente ipospecializzazione delle prassie orali. Il versante recettivo si conferma integro.

Nonostante la consapevolezza della difficoltà espressiva si sottolinea che il bambino, nello scambio con l'altro, mostra un sufficiente investimento del canale verbale. Competenza relazionale buona.

L'analisi dell'organizzazione psicomotoria, attraverso l'osservazione specifica del profilo (Picq L. Vayer P., 1991), evidenzia quanto segue:

- Coordinazione occhio-mano: 4 anni
- Organizzazione Dinamica: 2 anni
- Controllo Posturale: 4 anni
- Controllo Segmentario: 3 anni
- Organizzazione Percettiva: 4 anni
- Organizzazione Linguistica: 2 anni

A una lettura qualitativa, nel suo complesso, il profilo di sviluppo appare sufficientemente in linea, ma è disarmonico con competenze deficitarie che non risultano ascrivibili a un disturbo specifico associato. La qualità del movimento e la pragmatica del corpo nello spazio sono scarsamente fluide; i movimenti appaiono goffi e poco armonici con difficoltà a concentrarsi sul proprio asse corporeo.

L'organizzazione cognitiva è indagata con test non verbale, in considerazione del deficit linguistico presente. Dalla somministrazione della scala Leiter International Performance Scale – Revised ¹(Leiter-R, Gale H. Roid e Lucy J. Miller 2002), emerge un ragionamento fluido di 71 ed un QI breve pari a 93.

1

La Leiter International Performance Scale- Revised è un test di misura dell'abilità cognitiva completamente non verbale adatto a bambini e adolescenti, da 2 a 20 anni, che, a differenza dei test tradizionalmente utilizzati per il rilevamento del QI, pone l'accento sull'intelligenza fluida ed è quindi meno soggetta a influenze linguistiche, culturali, sociali o educative. La Leiter-R consiste di due batterie standardizzate: la prima, detta di Visualizzazione e Ragionamento (VR), costituita di 10 subtest, misura le capacità cognitive non verbali legate alla visualizzazione, alle abilità spaziali e al ragionamento; la seconda, di Attenzione e Memoria (AM), costituita anch'essa di 10 subtest. Sono incluse inoltre quattro scale di livello (per l'esaminatore, per il genitore, di autovalutazione e per l'insegnante), che permettono un'osservazione multidimensionale del comportamento del soggetto. La batteria VR prevede due possibilità di valutare l'intelligenza globale: per mezzo di uno screening del QI breve o attraverso la scala completa di

Il dato ci conferma che il bambino è intelligente, ma l'utilizzo delle sue strategie non è sempre efficace e funzionale; il test viene condotto con continua necessità di richiami al compito, per ri-focalizzare l'attenzione a contenimento della sua dispersività.

Nell'analisi dei dati è interessante notare che nell'ultima prova (Repeated Patterns: pp 4) il bambino ottiene un punteggio molto basso, non per una difficoltà specifica, ma per disinvestimento dell'attenzione e dell'impegno e scarsa tolleranza alle frustrazioni.

Il percorso terapeutico che si struttura, a seguito della valutazione (dopo 6 mesi dall'ingresso), prevede la Logopedia per consentire una corretta strutturazione del linguaggio e una manipolazione del canale verbale per accrescere la competenza cognitiva e relazionale.

L'intervento logopedico, in questa fase, ha avuto come obiettivo principale l'ampliamento della struttura della frase e del lessico attraverso giochi linguistici in cui il bambino ha potuto sperimentare, in una comunicazione significativa, la necessità di arricchire la sua competenza. Nelle sedute si è lavorato, anche, sugli aspetti sensoriali orobuccali e loro successiva integrazione e organizzazione (es. giochi con il soffio, la sperimentazione tattile del tono –rilassato e/o contratto del muscolo orbicolare con rinforzo visivo allo specchio, movimenti di potenziamento e propriocezione delle prassie linguali, attenzione al punto di articolazione dei differenti fonemi con giochi associati di movimento e posizionamento dei segmenti corporei ad integrazione dei processi sensoriali per l'apprendimento).

Accanto a un percorso riabilitativo specifico, però, si decide di inserire il bambino in un gruppo psicoterapeutico di sostegno alla comunicazione, per continuare a lavorare sui problemi di regolazione emotiva.

Le difficoltà emotive e comportamentali più frequentemente descritte, nella letteratura internazionale, sono l'ansia, la bassa autostima, la tendenza al perfezionismo e l'inibizione sociale (social withdrawal), cioè tutte manifestazioni che appartengono alla categoria dei problemi "internalizzati" (Guénolé, 2013) e Francesco sembra rispondere pienamente a queste caratteristiche.

Il gruppo terapeutico è formato da quattro bambini omogeneo per età e tipologia di disturbo.

misura del QI, per una stima affidabile e completa dell'intelligenza non verbale. La batteria AM permette di individuare con precisione soggetti affetti da disturbi di iperattività e da deficit di attenzione (ADHD), da disturbi dell'apprendimento (LD) o da altri deficit di carattere neuropsicologico, contribuendo al punteggio QI globale grazie ad attendibili indicatori diagnostici relativi ai punteggi ottenuti. Le due batterie possono essere somministrate assieme o separatamente. Ambedue permettono di ottenere punteggi "di crescita", non standardizzati con l'età, che misurano piccoli, ma importanti miglioramenti in soggetti con gravi deficit cognitivi, in modo che sia possibile monitorarne nel tempo i progressi.

La scelta è dettata dalla necessità di lavorare sui sistemi prodromici e soprasegmentali del linguaggio (ritmo, tempo e modi della comunicazione; rispetto e ricerca della reciprocità nello scambio) senza però disattendere lo squilibrio emotivo che interferisce sulle future evoluzioni.

Dopo ulteriori cinque mesi dalla presa in carico il bambino effettua un **Bilancio Logopedico** per quantificare i progressi segnalati dai terapeuti che hanno in carico il suo iter terapeutico.

Si precisa che l'equipe diagnostica è diversa dall'equipe riabilitativa per favorire una maggiore oggettività della valutazione.

Dal **Bilancio Logopedico** si evincono diffusi progressi nella competenza linguistica.

Nello specifico risultano migliorate le prassie orali, sebbene permanga difficoltà in quelle più complesse (schiocco/vibrazione).

Il disordine fonetico-fonologico è ancora presente, ma nel complesso è migliorata l'intelligibilità dell'eloquio.

Presente la tendenza incostante a desonorizzare i fonemi sonori (D/T;B/P). La R viene omessa, ipoarticolata o sostituita con la L. In ambito fonologico è presente sostituzione di vari fonemi con T (in particolare S/SC/Z) Semplificazioni nei termini implicanti nessi consonantici.

Il versante recettivo si conferma integro, con un punteggio di 110 al test di vocabolario recettivo (Dunn L., Leota P., Dunn M., 2000) e di 86.4 al protocollo 4 anni delle prove di comprensione linguistica (Rustioni, 1994).

Negli aspetti pragmatici e sociali si osserva una strutturazione di Iper-loquacità, il bambino inizia ad utilizzare il canale verbale -ora che appare in evoluzione la sua competenza- per depotenziare e fuorviare i vissuti emotivi anche in condizioni di stress e di frustrazione.

Alcuni autori (Porath, 1996, Hayes 1998, Mills, 2015) hanno messo in evidenza una particolare capacità narrativa dei bambini gifted rispetto ai pari età nel senso di una maggiore maturità nella struttura narrativa e di un uso più ampio del vocabolario.

Cosa è accaduto a Francesco nei primi anni della sua evoluzione? Cosa non gli ha consentito di esprimersi proprio nell'area di maggiore potenzialità, tanto da strutturare il sintomo di ritardo di linguaggio? La sua attuale iper-loquacità ci sta segnalando qualcosa di importante? Si tratta solamente di una modalità difensiva (siamo cioè ancora in ambito sintomatico) o il bambino sta esprimendo potenzialità prima inaccessibili (siamo cioè in presenza di un percorso evolutivo) che si fanno strada grazie al percorso terapeutico?

Si prosegue l'intervento tenendo presenti questi interrogativi nel tentativo di rispettare la sua possibile evoluzione.

Seconda valutazione complessa. 5.6aa III anno scuola materna

Evoluzione positiva della competenza verbale con prassie orali tutte acquisite eccetto la vibrazione.

Il Disordine fonetico-fonologico è in via di compensazione, permangono semplificazione dei nessi consonantici e alterazioni fonetiche specifiche (R ipoarticolata o sostituita da L; C e G dolci, Z/S/SC).

La struttura frasale è completa con disarmonie da compensazione del disturbo espressivo.

Nel corso di questa valutazione emerge con maggiore chiarezza una disarmonia nell'organizzazione di alcune competenze di base.

Nell'organizzazione psicomotoria, all'osservazione di Vayer, non sono presenti indici quantitativi che appaiono descrittivi di un disturbo associato, ma qualitativamente si osservano:

- Alti livelli di attivazione motoria
- Scarsa concentrazione rispetto a sé e all'ambiente.
- Difficoltà a posizionarsi rispetto al proprio asse corporeo

All'esame neurologico obiettivo non emergono segni maggiori e/o minori né disturbi specifici a carico della funzione motoria, associati al disturbo di linguaggio.

In questa fase è stato possibile, per l'evoluzione del disturbo di linguaggio, la somministrazione della WPPSI-III al fine di indagare le strategie cognitive e quantificarle.

Si riportano di seguito gli indici quantitativi:

- Scala verbale 118 Medio superiore
- Scala Performance 87 Medio Inferiore
- Scala Totale 106 Medio

Evidente il gap tra i punteggi parziali. Maggiore difficoltà si osservano nei subtest Matrici logiche (dove è necessario completare le matrici cercando la risposta esatta all'interno di un gruppo di figure).

Guénolé ha sottolineato che lo sviluppo asincronico di questi bambini e soprattutto di quelli che rivestono un interesse clinico, può essere osservato nella discrepanza della performance verbale della scala WISC che evidenzia lo squilibrio tra le abilità di astrazione e quelle di ragionamento concreto non verbale. In genere la performance verbale è maggiore in tutti i bambini gifted e dalla ricerca di Guénolé si evince che lo è nella quasi totalità dei bambini che presentano manifestazioni di interesse clinico.

Ancora una volta l'interferenza emotiva risulta severa nell'esecuzione della prova e nella corretta espressione delle competenze.

La valutazione psicologica, effettuata con colloquio clinico e test proiettivi grafici, ha permesso di rilevare livelli di ansia accentuati e mal gestiti; ripercussioni sul rendimento in genere e immaturità psicoaffettiva con egocentrismo accentuato.

Appare chiara la presenza di disarmonia nell'uso delle strategie cognitive, perché una maggiore manipolazione delle abilità linguistiche sta consentendo un uso più funzionale dello strumento a discapito di abilità non verbali dove il bambino deve mettere in atto autonomamente strategie risolutive basate su un ragionamento logico privo del formante linguistico.

Si definiscono con maggiore chiarezza aree di vulnerabilità emergenti che ne richiedono il potenziamento per favorire una maggiore armonizzazione delle competenze e, quindi, uno sviluppo più fluido e armonico nel suo complesso.

Il progetto terapeutico è, quindi, rimodulato per consentire tale evoluzione.

Si continua l'intervento logopedico con l'obiettivo di favorire una migliore abilità metafonologica e meta-cognitiva, anche in previsione del futuro ingresso alla scuola elementare.

In questa fase, nell'intervento logopedico, per l'ampliamento e la complessità della struttura frasale e del lessico sono stati utilizzati giochi di ruolo (inter scambievoli con l'operatrice) in cui il bambino doveva organizzare, pianificare e rimodulare la comunicazione verbale per arrivare a uno scopo. In attività come queste, chiaramente, si è lavorato contemporaneamente sul rinforzo dell'attenzione, della memoria pre-requisiti neuropsicologici essenziali per l'apprendimento di una competenza.

Si continua a lavorare in modo specifico anche sull'organizzazione delle prassie con attività specifiche di crescente complessità prevedendo uso di materiali differenti anche in termini propriocettivi (es. cannuccia per soffiare in liquidi di differente densità; spostare materiali diversi con il soffio, posizionamento della lingua ecc).

Terminato l'intervento psicoterapico, si associa, in considerazione delle aree di vulnerabilità emerse, un intervento di psicomotricità finalizzato alla modulazione dei comportamenti e alla gestione emotiva della propria impulsività corporea.

Sappiamo che la psicomotricità può lavorare a livelli differenti e in questo caso specifico si pone come obiettivo la modulazione dell'energia, con riduzione dei livelli di attivazione per favorire il passaggio dal corpo a livelli rappresentativi e organizzativi simbolici diversi.

Anche questo intervento terapeutico è effettuato in gruppo per favorire, attraverso la drammatizzazione di storie mimate e condivise sul piano corporeo, i simbolismi che consentono il passaggio alla meta cognizione; il canale verbale è sperimentato come coadiuvante e non unica via di accesso.

Quarta valutazione 7.7aa II elementare

Per fluidità in questo contesto riportiamo l'ultima significativa valutazione del bambino che ha portato l'equipe multidisciplinare a riflettere sull'intero percorso diagnostico e terapeutico svolto e alla decisione di interrompere il percorso per raggiunti obiettivi.

Si specifica che la batteria di valutazione utilizzata è stata ampliata rispetto a quella della prima valutazione, perché clinicamente era necessario un follow-up che indagasse le diverse aree dello sviluppo e la loro complessità, tenendo in considerazione le competenze raggiunte dal bambino, l'età cronologica e il differente coefficiente di difficoltà che, nel tempo, ha richiesto una migliore puntualità nella scelta della batteria testologica da utilizzare. Si ricorda, infatti, che la prima valutazione è stata effettuata all'età di 4aa e l'ultima, di seguito riportata, all'età di 7aa.

Si sottolinea, tuttavia, che il bambino nell'importante passaggio alla scuola elementare è stato monitorato attraverso la somministrazione di test specifici per verificare se la manipolazione delle strutture profonde del linguaggio avesse consentito l'apprendimento della lettura e della scrittura, in modo adeguato.

In questa ultima valutazione descritta di seguito, invece, il bambino frequenta la seconda elementare.

Si conferma la buona disponibilità nella relazione con l'altro e alle richieste strutturate dando così la possibilità di un'analisi testistica più precisa e complessa.

L'analisi dell'organizzazione psicomotoria evidenzia un adeguato controllo posturale (al profilo di Vayer- CP- 7anni), grazie al lavoro terapeutico sopra descritto le difficoltà di

concentrazione rispetto al proprio asse corporeo sono compensate e ben evolute. L'inibizione rispetto alle prove di movimento permane e si esprime con goffaggine.

L'analisi dell'organizzazione visuo-spaziale attesta ottime capacità analitiche (WISC-IV disegno con i cubi pp. 13).

Compensato il disturbo linguistico con adeguate competenze in comprensione ed espressione. L'iper-loquacità è diventata una buona capacità narrativa, a dimostrazione dell'ipotesi evolutiva e non patologica.

Di seguito i punteggi, ottenuti ai test relativi all'apprendimento e alle capacità cognitive:

Prove MT di lettura

- Correttezza 5 criterio completamente raggiunto
- Rapidità 2.09 criterio completamente raggiunto
- Comprensione 8/10 prestazione sufficiente

L'utilizzo della via lessicale risulta in via di totale automatizzazione; prosodia e rispetto della punteggiatura in evoluzione.

Batteria per la valutazione della dislessia e disortografia evolutiva (DDE-2)

- Frasi (prova 12) 8 errori 10-25% prestazione sufficiente
- Frasi omofone non omografe (prova 8) 6 errori >25% prestazione sufficiente

Batteria per la valutazione della dislessia e disortografia evolutiva (BVSCO-2)

- Scrittura autonoma sufficiente 6.45 >25% prestazione
(Prova descrizione)
- Scrittura autonoma sufficiente 6.66 10-20% prestazione
(Prova narrazione)

Test di valutazione delle abilità di calcolo –AC MT 6-11

- Operazioni scritte 3 prestazione sufficiente
- Conoscenza numerica 21 prestazione ottimale
- Accuratezza 1 prestazione ottimale
- Tempo totale 75'' prestazione ottimale

Le strategie cognitive sono state indagate con la WISC IV

- 132 Comprensione Verbale MOLTO SUPERIORE
- 117 Ragionamento visuo-percettivo MEDIO SUPERIORE
- 127 Memoria di Lavoro SUPERIORE
- 115 Velocità di Elaborazione MEDIO SUPERIORE
- 128 Indice di Abilità Generale (IAG) SUPERIORE
- 131 QI Totale MOLTO SUPERIORE

L'evoluzione del bambino, in questa ultima valutazione, ha confermato il trend positivo.

Quello che emerge dall'analisi di tutte le aree dello sviluppo è un profilo funzionale in linea con quanto atteso per l'età; il disturbo è compensato anche negli aspetti più profondi della competenza linguistica perché, nel passaggio simbolico più complesso, è stato possibile effettuare il processamento della lingua letta e scritta senza sviluppare un disturbo secondario.

3. Riflessioni e Conclusioni

Come riportato sopra, al termine della seconda valutazione il bambino è stato inserito in un percorso terapeutico psicomotorio. Questa esperienza terapeutica ha aiutato il bambino a raccontare e raccontarsi. All'interno delle sedute ha portato il vissuto della disabilità materna.

Possiamo considerare e riflettere su quanto questo aspetto, pur esperito in una dimensione affettiva coerente e adeguata nei primi anni di vita, abbia reso in qualche modo vulnerabile la mediazione nei passaggi necessari che, dalle prime esperienze di movimento, consentono l'apertura verso forme di cognizione più evoluta.

Si assiste, quindi, a un'importante evoluzione dall'egocentrismo all'empatia. Una maggiore elaborazione dei vissuti ha consentito una migliore regolazione emotiva, ma è da considerare valida la riflessione che una migliore competenza nella regolazione emotiva – a sua volta- ha favorito e permesso proprio l'elaborazione dei vissuti affinché siano consapevoli e, quindi, condivisi.

L'analisi delle strategie cognitive, evidenziate nella quarta valutazione, ha rilevato un alto potenziale distribuito in modo non armonico, ma che testimonia una importante evoluzione da cui possiamo trarre alcune riflessioni:

- L'indice di Comprensione Verbale indica la presenza di una corretta elaborazione delle strutture linguistiche; il linguaggio –quindi- ha svolto la sua funzione di formante cognitivo e ha permesso l'espressione del potenziale in essere;
- L'indice di Ragionamento Percettivo si è innalzato rispetto alle precedenti valutazioni e, anche se formalmente non si possono paragonare i due test psicometrici cognitivi, possiamo indicare come positivo il lavoro sulle organizzazioni di base considerando l'innalzamento del punteggio e la maggiore fluidità nell'amministrare il pensiero logico non verbale;
- La Memoria di Lavoro e la Velocità di Elaborazione sappiamo essere le aree più sensibili all'im maturità psicoaffettiva e gestione dello stato d'ansia. Nei profili intellettivi della plus dotazione i punteggi sono inferiori rispetto agli altri sub test, in modo ricorrente e statisticamente significativo. Il punteggio più basso alla velocità di elaborazione, in questo caso, è da mettere in relazione con la scarsa armonia nei movimenti grafo-motori del bambino, ma è da sottolineare che si attesta, comunque, nella media superiore.

Attraverso questo racconto clinico abbiamo voluto sottolineare fondamentalmente due aspetti molto importanti nella clinica: la sequenzialità nella diagnosi e la necessità di risposte terapeutiche non settoriali. Francesco è potuto diventare un buon "narratore", partendo da una quasi totale assenza di linguaggio, perché è stato aiutato a ripercorrere quelle tappe evolutive che il suo potenziale e l'impossibilità materna a contenerlo

nell'impulsività corporea avevano reso deficitarie. La sequenzialità della diagnosi, a nostro avviso necessaria in età evolutiva, è l'unica strada attraverso la quale si possono fare riflessioni diagnostiche integrando gli elementi che emergono nel percorso terapeutico e differenziando le vulnerabilità dai deficit. La necessità di risposte non solo settoriali consente, come dimostrato nella storia di Francesco, l'espansione di tutte le componenti dello sviluppo che possono sostenere la funzione inizialmente deficitaria.

Benché molte ricerche abbiano sottolineato la preminenza di problemi appartenenti alla categoria dei disturbi "internalizzati" (Guenolè 2013) è ancora necessario un approfondimento sugli aspetti psicopatologici per non rischiare l'attribuzione di etichette diagnostiche poco rispettose della particolarità di sviluppo di questi bambini.

In conclusione si sottolinea il ruolo della famiglia che ha lavorato in sinergia con gli operatori e ha collaborato nei tempi e nei modi richiesti ai follow-up e alle sedute terapeutiche negli anni, mostrandosi punto di riferimento affettivo per il sostegno al delicato e importante processo di crescita descritto.

Ha rilasciato il consenso scritto per la pubblicazione dell'articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Renzulli JS (1986) The three-rings conception of giftedness: A developmental model for creative productivity. In: Sternberg RJ, Davidson J (Eds.) *Conceptions of giftedness*, New York, NY: Cambridge University Press; 246-279.
2. Gagné F (2013) The DMGT: Changes within, beneath, and beyond. *Talent Dev Excellence* 5: 15-19.
3. Dabrowski K, Piechowski MM (1977) *Theory of levels of emotional development* (2 Vols.), Oceanside, NY: Dabor Science Publications.
4. Jackson PS, Moyle VF, Piechowski MM (2009) Emotional life and psychotherapy of the gifted in light of Dabrowski's theory. *International Handbook on Giftedness*. Springer 437-465.
5. Guénolé F, Louis J, Creveuil C, Baleyte JM, Montlahuc C, et al. (2013) Behavioral profiles of clinically referred children with intellectual giftedness. *BioMed Res Int*.

6. Silverman LK (1997) The construct of asynchronous development. *Peabody J Educ* 72: 36-58.
7. Alsop G (2003) Asynchrony: Intuitively valid and theoretically reliable. *Roeper Rev* 25: 118-127.
8. Cross TL (2004) On the social and emotional lives of gifted children: Issues and factors in their psychological development (2nd edn.) Waco, TX: Prufrock Press.
9. Coleman LJ, Guo A, Dabbs CS (2007) The state of qualitative research in gifted education as published in American journals. An Analysis and Critique. *Gifted Child Q* 51: 51-63.
10. (2007) In: Mendaglio S, Peterson JS (Eds.) Models of counseling gifted children, adolescents and young adults, Waco, TX: Prufrock Press.
11. Wood S (2010) Best practices in counseling the gifted in schools: What's really happening. *Gifted Child Q* 54: 42-58.
12. Merzon EF, Panfilov AN, Panfilova VM, Shterts OM (2013) The multifactor pedagogical model of giftedness in children a youth. *Middle East J Sci Res* 16: 1694-1699.
13. Picq L, Vayer P (1991) *Educazione psicomotoria e ritardo mentale*, Armando Editore, Roma.
14. Roid GH, Miller LJ (2002) *The Leiter international performance scale-revised (Leiter-R)*, Firenze, Giunti O.
15. Guénolé F, Louis J, Creveuil C, Baleyte JM, Montlahuc C, et al. (2013) Behavioral profiles of clinically referred children with intellectual giftedness. *BioMed Res Int*.
16. Dunn L, Leota P, Dunn M (2000) *Peabody-Test receptive vocabulary*, tr. it., Torino, Omega Edizioni.
17. Rustioni D (1994) *Tests of linguistic comprehension rating (PVCL)*, Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
18. Porath M (2006) The conceptual underpinnings of giftedness: Developmental and educational implications, *High Ability Stud* 17: 145-158.
19. Hayes AF, Krippendorff K (2007) Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Commun Methods Meas* 1: 77-89.
20. Mills MT (2015) Narrative performance of gifted African American school-aged children from low-income backgrounds. *Am J Speech Lang Pathol* 24: 36-46.
21. Wechsler D (2008) *The Wechsler preschool and primary scale of intelligenceII*, tr. it., Firenze, Giunti OS.
22. Cornoldi C, Colpo G (1995) *Prove di lettura MT*, Firenze, Giunti OS.

23. Sartori G, Job R, Tressoldi PE (2012) DDE-2 Battery for the Assessment of Dyslexia and Developmental dysorthography-2, Florence, Giunti OS.

24. Tressoldi PE, Cornoldi C, Re AM (2012) BVSCO-2 Battery for the scripture rating and orthographic Competence-2, Florence, Giunti OS.

25. Cornoldi C, Lucangeli D, Bellina M (2012) Test AC-MT 6-11-Evaluation tests of

c
o
m
p
u
t
a
t
i
o
n
a
l

s
k
i
l
l
s

a
n
d

p
r
o
b
l
e
m

s
o
l
v
i
n
g

,

M
i