

# ANALISI LONGITUDINALE DI UN CASO SINGOLO DI GIFTED DOUBLE-LABELED CON DSA E DSL

Cardinale Rossella<sup>1</sup>, Bruno Mariangela<sup>1</sup>, Barbeta Marianna<sup>1</sup>, Terrone Elisabetta<sup>1</sup>  
Imparola Centro Logopedico Psicopedagogico<sup>1</sup>

XXV CONGRESSO NAZIONALE AIRIPA (Associazione Italiana per La Ricerca e  
l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento)  
SU I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO – 7, 8 OTTOBRE 2016 - TORINO.

## INTRODUZIONE

Molti bambini che presentano quadri di iperdotazione cognitiva, ricevono una “misdiagnosi” soprattutto nelle prime fasi di espressione delle difficoltà. Studi empirici dimostrano come le caratteristiche di gifted possano essere confuse con profili di ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi dell'umore, autismo/ sindrome di Asperger (Hartnett, Nelson, Rinn 2014; Webb et al. 2004; Drake 2010).

Assouline et al. (2009) suggeriscono che possibili caratteristiche discriminanti tra bambini con alto potenziale e quadri di spettro autistico (ASD) siano rintracciabili nelle capacità adattive e nelle funzioni esecutive. Gli autori suggeriscono l'importanza di una analisi approfondita ai fini diagnostici per discriminare i differenti profili. Il dibattito sulla diagnosi differenziale tra ADHD e gifted si concentra soprattutto sugli aspetti sintomatici. In tali studi si mette in luce, ad esempio, come entrambi i quadri siano caratterizzati da iperattività, eccitabilità, (Hartnett et al, 2004) comportamenti impulsivi e oppositivi, soprattutto nei confronti delle figure autorevoli che tentano di limitare le loro curiosità e potenzialità (Leroux et al, 2000). Therdpong et al. (2016) mettono in evidenza come le modifiche apportate dal DSM V sui criteri diagnostici dell'ADHD non siano ancora abbastanza esaustive nel guidare verso una diagnosi differenziale nei confronti di bambini dall'alto potenziale o sindrome di asperger.

Il presente lavoro analizza un caso singolo di un bambino di 9 anni che presenta attualmente un quadro di iperdotazione cognitiva non verbale, associato a DSL e DSA (double-labeled gifted). Lo studio presentato prende in esame le variazioni del profilo del bambino dall'età di 34 mesi ad oggi, tempo durante il quale si è passati da una riabilitazione globale ad una mirata sulle differenti abilità deficitarie.

## PRESENTAZIONE DELLO STUDIO

G. è giunto alla nostra osservazione all'età di 3 anni. Presentava una diagnosi di “Disturbo misto del linguaggio, Disturbo della coordinazione motoria e atipie relazionali”. Il bambino aveva poche iniziative comunicative e di condivisione; il linguaggio espressivo era fortemente ridotto (Scala McArthur-produzione: <5°centile).

Nella prima fase di terapia si è lavorato sulle abilità socio-conversazionali e sul linguaggio espressivo con miglioramenti a livello comunicativo e linguistico che (a distanza di sei mesi) hanno consentito di effettuare una valutazione neuropsicologica completa.

I risultati mettevano in evidenza forti potenzialità nelle competenze non verbali (QI 117 nella scala Leiter-R), minori difficoltà relazionali e severe difficoltà nelle prassie del linguaggio. Nei cicli riabilitativi successivi si è lavorato in maniera specifica sulle componenti prassiche del linguaggio espressivo e sulle abilità linguistiche recettive/espressive sfruttando i punti di forza del bambino come il canale visuo-percettivo. All'ingresso nella scuola primaria G. presentava un linguaggio in uscita adeguato rispetto all'età. Il livello cognitivo valutato attraverso la batteria WISC-IV risultava complessivamente in norma con significative discrepanze a favore delle abilità non verbali (ICV:96; IRP: 126).

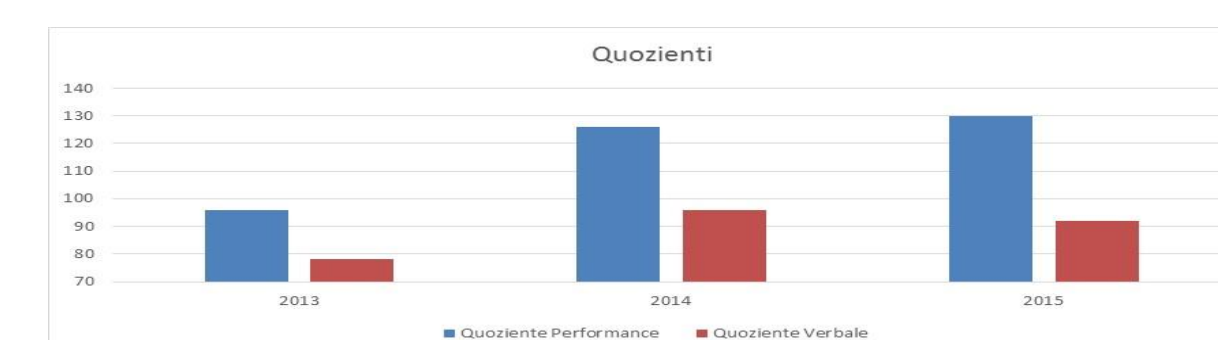
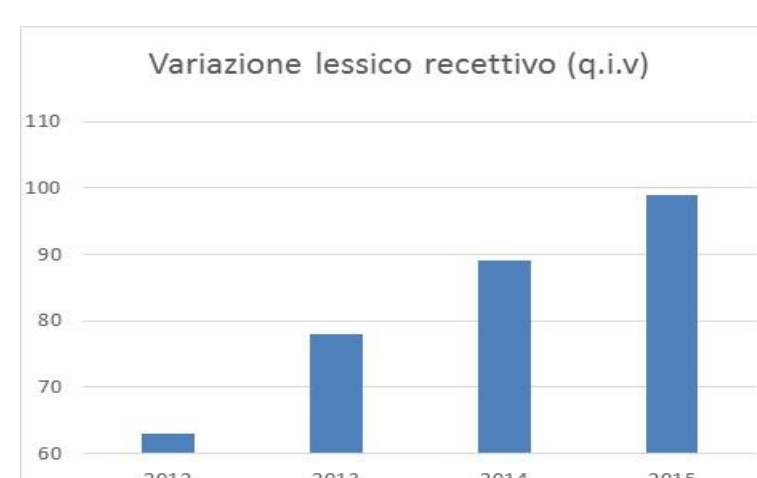
Oggi il bambino presenta ancora una alterata prosodia e difficoltà nella programmazione fonologica. Inoltre G. presenta difficoltà negli apprendimenti nella componente grafica e ortografica rientranti in un quadro di disgrafia/disortografia in un quadro cognitivo non verbale superiore alla norma (ICV: 92; IRP: 130). Gli aspetti emotivi e socio-relazionali sono stati affrontati in maniera trasversale e complementare all'intero percorso, favorendo, in particolare nelle ultime fasi, interventi in piccoli gruppi.

Attraverso risultati parziali ma significativi nelle differenti abilità, G. ha sperimentato gratificazioni e successi, che hanno rappresentato un nuovo punto di partenza e di auto-stimolazione per affrontare nuovi cicli riabilitativi.

ANNO	DIAGNOSI
2011 3 anni	Disturbo misto del linguaggio (F80.2) (espressivo e ricettivo) e Disturbo di sviluppo della coordinazione motoria (F 82) in bambino con stereotipie comportamentali e atipie relazionali.
2012 5 anni	Disturbo del linguaggio prevalentemente espressivo (F80.2) con componente disprassica in bambino con capacità cognitive non verbali nella norma con un'evoluzione positiva della pregressa alterazione dell'asse relazionale.
2013 6 anni	Disturbo del linguaggio prevalentemente espressivo (F80.2), in bambino con un profilo cognitivo nella norma con alcuni aspetti di inibizione nella relazione.
2014 7 anni	Disturbo Specifico del linguaggio misto (F80.2) associato a Difficoltà nei processi di apprendimento della letto-scrittura, in bambino con un profilo cognitivo non verbale superiore alla norma, caratterizzato da difficoltà nella memoria e nella velocità di elaborazione.
2015 8 anni	Disturbo Specifico del linguaggio misto (F80.2), associato a Disturbo specifico dell'apprendimento a carico dei processi di scrittura (F81.1), in un profilo cognitivo non verbale superiore alla norma, caratterizzato da difficoltà nella memoria e nella velocità di elaborazione.



SCRITTURA (2015)		
DETTATO DI BRANCO (DDE-2) (*)	DETTATO DI NON PAROLE (DDE-2) (*)	VELOCITÀ DI SCRITTURA (DDE-2) (d.s.)
<5°	<5°	-3 d.s.



## RISULTATI

I risultati mettono in luce come il bambino, grazie ai vari interventi mirati, abbia gradualmente sviluppato adeguate abilità di linguaggio (inizialmente fortemente deficitarie) e potenziato le capacità non verbali.

L'attuale profilo di G. è caratterizzato dalla presenza di capacità cognitive elevate, associate a talentuose abilità visuo-costruttive e iconico-espressive.

L'interesse a coltivare le proprie potenzialità spesso comporta isolamento e noia nei confronti di un contesto che risulta poco stimolante e inadeguato alle esigenze del bambino. I bambini iperdotati, che presentano una discrepanza tra le varie aree del profilo, possono incontrare difficoltà ad adattarsi all'ambiente scolastico sia da un punto di vista didattico che sociale (Ronchese M., Polezzi, Gatta M., Battistella P. A., 2013). Pertanto, un intervento precoce volto a favorire l'adattamento scolastico e l'integrazione sociale può rappresentare un efficace strumento di promozione del benessere ed un'utile prevenzione di future psicopatologie.

I bambini iperdotati con disturbi dell'apprendimento sono stati definiti “twice-exceptional”, ossia due volte eccezionali. Presentano una capacità cognitiva superiore alla media e una discrepanza nel loro livello scolastico; pertanto le difficoltà negli apprendimenti spesso mascherano il giftedness (Silverman L. K., 2003). Come notato da Baum e colleghi (2001), la chiave per soddisfare le esigenze del bambino “twice exceptional” è quello di creare il giusto equilibrio tra l'attenzione ai suoi punti di forza e compensare i deficit, fornendo al contempo piani di studio personalizzati.

## CONCLUSIONI

Lo studio presentato mette in luce come una analisi dettagliata del profilo e una riabilitazione dominio-specifica rappresentino fattori determinanti per lo sviluppo delle potenzialità utili alla compensazione delle abilità deficitarie. Alcuni studi evidenziano che nei bambini iperdotati con disturbi dell'apprendimento sia opportuno valutare il profilo cognitivo attraverso prove di abilità specifiche, in combinazione con il profilo psico-sociale, che include il comportamento, il concetto di sé, gli interessi e le motivazioni (Assouline S., Nicpon M., Whiteman C., 2010).

E' importante sottolineare la rilevanza del lavoro multidisciplinare in equipe per la pianificazione e la progettualità riabilitativa al fine del conseguimento di risultati a medio e lungo termine condivisi e supportati dalla collaborazione integrata con la famiglia e la scuola.