

J. Siaud-Facchin

Psychologue Clinicienne

Auteur : "L'enfant surdoué, l'aider à grandir, l'aider à réussir", Editions Odile Jacob, 2002

Membre du Laboratoire d'Exploration Fonctionnelle des Troubles Cognitifs, Pr. Gibello, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Service de psychiatrie de l'adolescent, Pr. M. Rufo, Hôpital de la Timone, Marseille

Fondatrice et Directrice de Cogito'Z – Centre Français de Diagnostic et de Prise en Charge des Troubles des Apprentissages Scolaires –

346 Avenue de Montolivet, 13012 Marseille,

Tel : 04 91 06 69 29 Fax : 04 91 21 05 05 Mail : cogitoz13@aol.com

Quand l'intelligence élevée fragilise la construction de l'identité...

Le sujet des enfants surdoués peut apparaître comme un sujet à la mode. L'effet loupe et parfois déformant de la médiatisation peut laisser croire qu'il s'agit d'une population "champignon", fabriquée par des parents en quête d'autosatisfaction ou par des pysy fascinés par ces "super-cerveaux".

La réalité est bien différente et paradoxalement toujours bien méconnue, loin de son image fantasmée. Les enfants surdoués ont un parcours scolaire souvent très chaotique, sont psychologiquement vulnérables, ont des repères narcissiques flous, souffrent toujours d'une conscience douloureuse du monde. Selon la personnalité de chacun ils sauront plus ou moins développer des défenses et des ressources pour transformer leur particularité en atout, en projet de vie réussie. Mais pour certains, au développement marqué par des difficultés affectives multiples, les troubles psychologiques se manifesteront sous des formes plus ou moins sévères. Pour ceux là, les décompensations psychologiques à l'adolescence sont fréquentes avec des tableaux cliniques atypiques et des prises en charge difficiles.

Les difficultés seront plus ou moins marquées selon si l'enfant a été ou non dépisté, et l'âge auquel a été posé le diagnostic. Lorsque l'enfant grandit sans savoir qui il est vraiment les risques de troubles psychologiques deviennent réellement menaçants.

Une forme d'intelligence différente

Il faut, pour commencer à comprendre, intégrer que l'enfant surdoué n'est pas un enfant sur-intelligent, quantitativement plus efficient, mais un enfant à l'intelligence *qualitativement* différente. Et c'est cette différence qui permet de donner sens aux difficultés qu'ils rencontrent. A l'école, la différence de son mode de pensée, de ses procédures de raisonnement, de sa logique mathématique, de sa structure de pensée décale cet élève de ce qui est attendu par l'enseignant et le pénalise lourdement. Le plus souvent, lui-même ne comprend pas pourquoi il ne réussit pas puisqu'il lui semble bien comprendre le contenu, anticiper le déroulement, assimiler les subtilités de l'apprentissage. Mais il le fait selon d'autres modalités sans en avoir clairement conscience. En tout cas pendant une bonne partie de son cursus scolaire. On sait en effet que nous avons tous l'illusion que l'autre pense comme nous et que se représenter une forme de pensée différente de la sienne ou de celle consensuellement admise est une entreprise souvent bien difficile pour l'esprit humain.

Une hyperlucidité sur le monde et une pensée toujours en marche

Mais surtout, cette forme d'intelligence atypique, d'une richesse et d'une complexité extrême, donne à l'enfant une lucidité redoutable sur le monde, une analyse aiguisée sur les choses et les gens, une compréhension approfondie du fonctionnement extérieur mais aussi une sensibilité très fine aux émotions des autres et à la qualité de la relation humaine. Leur intelligence grossit, amplifie, analyse dans le moindre détail tous les éléments de l'environnement. Et ce regard acéré sur le monde s'accompagne d'une hypersensibilité affective, d'une hyper réceptivité émotionnelle, de capacités sensorielles surdéveloppées. Le surdoué voit ce que les autres ne voient pas, entend ce que les autres ne perçoivent pas, ressent fortement et parfois violemment ce qui échappe à la plupart d'entre nous. Cette façon d'être au monde, toujours "branché" sur ce qu'il s'y passe, constamment assailli par les émotions qu'ils s'y jouent, "bombardé" sans répit d'informations sensorielles crée une anxiété constante et diffuse. Anxiété sans objet mais dans le même temps alimentée par une pensée toujours en marche. Pensée en quête constante de sens mais pensée sans limite. Pensée toujours en marche qui ne peut être apaisée par des certitudes : toute nouvelle hypothèse, un début de réponse, entraîne inlassablement de nouvelles questions, de nouvelles interrogations, de nouvelles angoisses... Pensée sans fin et quête existentielle centrale. Penser c'est vivre, mais trop penser c'est souffrir ! Pensée qui génère angoisses de mort et angoisses existentielles envahissantes et violentes.

Une conscience collective très forte

De plus, l'enfant surdoué, très jeune, manifeste une conscience collective très forte. Il lui est difficile de s'abstraire du contexte collectif. Comment être heureux dans ce monde aux injustices criantes ? Et être heureux pour quoi faire ? Les grandes causes humanitaires, écologiques, ou même les conditions de vie quotidiennes de personnes plus proches représentent pour cet enfant un sujet permanent de préoccupations. Il lui devient vite impossible d'accepter un bonheur égoïste et, devant son impuissance à changer le monde, il en vient à la vacuité de sa propre vie. S'il s'agit de vivre dans un monde aussi injuste avec si peu de possibilités de le voir réellement évoluer, pourquoi vivre ? et ai-je le droit d'être heureux ? Dans l'enfance, les illusions de toute-puissance, l'espoir d'être celui qui parviendra à combattre ces inégalités humaines sont souvent très actives. Les moyens de changer le monde occupent une grande part de la pensée effervescente de l'enfant. Il échafaude des plans, des programmes, des idées nouvelles qu'il pense pouvoir un jour réaliser. "Quand je serai grand" confie Jean-Felix, 8 ans, "j'inventerai un remède contre le sida". Et parce qu'il a lu ou entendu que la sauge avait certaines vertus il prépare dans sa tête une composition de plantes "miracles". Et de sa capacité à sauver les malades du Sida il en est convaincu comme tout enfant encore soumis au fantasme d'omnipotence. Sauf que ses préoccupations le dépassent bien souvent. Préoccupations bien différentes de celles d'un enfant de même âge qui pour la plupart ignorent les ravages de cette maladie ou même s'ils le savent ne se sentent pas concernés. Et comment ne pas rapprocher cette conscience collective bien particulière de la trop fréquente indifférence des adultes eux-mêmes trop soucieux de leur propre bien être et dont les sujets d'inquiétudes réels dépassent rarement un cadre affectif restreint. Mais l'enfant surdoué, lui, ne peut oublier, il ne peut faire abstraction de ce type de préoccupations. Et même s'il vit, aux yeux des autres, comme un enfant banal, une source d'inquiétude reste active au fond de lui et des projets s'élaborent en secret au fond de sa pensée.

Ne jamais pouvoir s'arrêter de penser est une plainte récurrente dans la population d'enfants surdoués. Elle se traduit par des suppliques, toujours les mêmes : "aidez-moi à stopper ma pensée, enlevez-moi un bout de cerveau, donnez-moi les moyens d'une pause, d'un répit". Une adolescente de 14 ans consulte car, la veille, elle s'est violemment tapé la tête, et ce à plusieurs reprises, contre les murs de la salle de bain : "je n'en pouvais plus de penser", avoue t'elle, confuse, car consciente de l'inutilité et de la naïveté dangereuse de son acte.

A l'adolescence en effet, tout devient plus violent, plus extrême. Et la confrontation à la réalité devient insupportable. Les rêves d'enfant s'effondrent. Le deuil de sa toute puissance est incontournable. L'absurdité de ses illusions infantiles agresse la pensée. L'idéal auquel on croyait doit être révisé.

L'adolescent surdoué ne peut s'y résoudre. Il ne parvient à accepter les limites du monde qui l'entourent. Pour ceux d'entre eux dont les bases narcissiques sont trop fragiles et qui n'a pas pu, qui n'a pas su, qui n'a pas suffisamment été accompagné dans son développement affectif, dont les ressources psychologiques sont affaiblies, la pathologie survient, souvent violente et destructrice. La dépression avec idées suicidaires ou même passages à l'acte est la décompensation centrale de l'adolescent surdoué en péril psychologique.

L'autre face de la quête de sens, la quête affective

Un enfant surdoué est d'abord et avant tout un être affectif. Chez le surdoué, l'ingérence affective est constante. Tout est imprégné d'affect, d'émotions, de sensibilité. L'enfant surdoué est d'une réactivité émotionnelle excessive. La moindre remarque, aussi anodine soit-elle le blesse, le touche ou même le bouleverse. Les bouffées d'émotions sont envahissantes et permanentes. L'enfant cherche à s'en protéger pour ne pas être emporté par des émotions qui souvent le submergent. Pour s'en protéger, il met en place ce que j'appelle la "*défense par la cognition*" c'est à dire qu'il va passer par le filtre de l'intellectuel, de la logique, du rationnel, toute émergence émotionnelle. Il décharge toute émotion pour la neutraliser, pour la maîtriser et la contrôler. Mais ce mécanisme, malgré son efficacité de mise à distance de la charge affective, est coûteux car l'enfant doit y consacrer une énergie importante. Il doit toujours être sur ses gardes. La menace émotionnelle est permanente et cet état d'hypervigilance crée une tension psychique considérable qui vulnérabilise considérablement l'enfant. L'identité profonde est menacée car la défense par la cognition coupe le Moi de sa véritable identité. A force de ne plus rien vouloir ressentir l'enfant ne sait plus bien qui il est. Pourtant, la force gronde toujours et l'idéal de vie de l'enfant surdoué est là encore un idéal d'amour, pour lui mais aussi pour les autres. Et là encore les désillusions seront douloureuses et jamais totalement acceptées.

La difficile construction de l'identité

Le parcours identitaire de l'enfant surdoué est d'emblée marqué par sa façon singulière "d'être au monde". Bébé, le regard est scrutateur. Déjà cet enfant pose sur son entourage un questionnement muet mais vite perçu comme un comportement différent qui vient déstabiliser la relation affective. La Mère (au sens psychologique de la personne qui prend soin du bébé), peut alors avoir du mal à comprendre les attentes et les besoins de son enfant et à s'y ajuster. Il peut en résulter le sentiment d'être une "mauvaise mère" et une spirale de déception réciproque peut se mettre en place : l'enfant se sent mal compris, mal aimé et la

mère est frustrée par cet enfant qui lui renvoie une image négative d'elle-même, loin du bébé fantasmé qui la comblerait d'amour et de gratification. L'enfant cherche des repères affectifs et ceux qu'ils trouvent correspondent mal à ses attentes : c'est le premier obstacle dans la construction du Soi du petit surdoué.

Puis vient rapidement, précocement, le temps où l'enfant pose verbalement ses questions sur le fonctionnement de ce qui l'entoure. Et ses questions sont incessantes et ne se satisfont jamais des explications habituelles; il n'est jamais abreuvé. Il veut comprendre, encore, encore plus loin. Ceux qui l'entourent s'épuisent, même les plus proches et les premières agressions directes ou indirectes s'expriment "Arrête avec tes questions ! C'est comme ça parce que c'est comme ça ! Laisse-moi deux minutes de tranquillité !" Et l'enfant surdoué vit mal cette hostilité face à une curiosité qu'il perçoit comme naturelle et légitime. Il ne sait pas que les autres n'ont pas les mêmes centres d'intérêt. Petits ou grands d'ailleurs ! La frustration est immense mais surtout l'incompréhension et les premiers sentiments d'injustice. L'enfant ressent un rejet de ce qui est important, vital pour lui, comprendre. Son identité propre est attaquée. Il peut dès lors se refermer et développer un monde interne qu'il construit à son image, pour le protéger de l'extérieur. Mais un monde qui le coupe des autres et du monde et qui l'enferme lui-même.

L'entrée à l'école est le grand révélateur de sa différence. L'enfant surdoué va vite y devenir le "vilain petit canard", rejeté et maltraité par ses camarades. Mais aussi par les enseignants qui ne peuvent mettre du sens à ses modalités de pensée et d'apprentissage qu'ils considèrent trop vite comme des difficultés d'apprentissage; représentation malheureusement souvent confirmée par des difficultés scolaires réelles. L'enfant devra abandonner son mode de pensée, inhiber son fonctionnement intellectuel personnel, pour tenter d'être conforme à ce que l'on attend de lui. Pour cet enfant l'inhibition est une stratégie d'adaptation. Souvent il deviendra convaincu d'être effectivement stupide puisque ses efforts ne semblent pas récompensés par la réussite tant attendue. Une image très négative de lui-même se développe et peut progressivement l'envahir.

La relation aux autres enfants va implicitement confirmer ce "sentiment d'étrangeté". L'identification aux pairs est difficile car l'enfant surdoué n'arrive pas à trouver autour de lui un effet miroir. C'est à dire cette possibilité de se sentir pareil pour pouvoir assumer sa propre personnalité. Cet enfant ne partage pas avec les autres les mêmes domaines d'intérêt et les siens n'intéressent personne. Souvent seul il est fréquemment agressé verbalement ou même physiquement par les enfants qui acceptent mal la différence, toutes les différences. Et l'enfant surdoué ne comprend pas le rejet dont il est l'objet, il souffre terriblement de ce sentiment d'exclusion qu'il ne peut finalement s'attribuer qu'à lui-même : je suis nul, je ne vauds rien, personne ne peut m'aimer...

A l'adolescence, cette difficulté d'être intégré au groupe de pairs met sérieusement en péril le processus identitaire, central à cette période de la vie. Les adolescents surdoués racontent que même lorsqu'ils tentent de s'intégrer aux autres, même avec les autres, ils se sentent terriblement seuls. Certains rapportent qu'ils se sentent "fous", tellement la perception de leur différence et l'image que les autres leur renvoient les décalent de leur environnement.

Dans le cadre familial, les processus d'identification sont également soumis à rude épreuve. Tout petit enfant, à un stade de son développement, a besoin de se représenter ses parents comme tout-puissants et de les idéaliser.

L'enfant surdoué perçoit trop tôt, trop vite les limites voire les failles de ses parents qui ne peuvent plus assurer leur rôle rassurant et protecteur et servir de modèle. Le jeu des identifications est sérieusement perturbé et la construction identitaire va se faire sur des repères personnels. L'enfant va chercher en lui-même les repères et les ressources nécessaires pour grandir. En quelque sorte il se fait tout seul. Ce mécanisme conduit à des constructions identitaires atypiques et génère de nombreuses angoisses ou manifestation d'anxiété chronique.

Du normal au pathologique...

Etre surdoué n'est pas une pathologie en soi ! Mais être surdoué est générateur d'angoisses, de doutes, d'incertitudes, crée une fragilité dans la construction de l'identité qui vulnérabilise considérablement la structure psychologique.

L'intelligence excessive est un double mal : elle fait souffrir et personne ne songe à plaindre celui qui en souffre. Au contraire, elle peut susciter jalousie et agressivité et amplifier ainsi la souffrance. On ne dira jamais de quelqu'un : "il est sympa mais le pauvre il est trop intelligent". Et pourtant... comme l'écrit Malraux dans *La Condition Humaine* : "L'homme souffre parce qu'il pense" et Maurice Blanchot lui aussi le souligne dans *Le Livre à venir* : "Etranges rapports. Est-ce que l'extrême pensée et l'extrême souffrance ouvriraient le même horizon? Est-ce que souffrir serait, finalement, penser ?" (Cité dans E.Zarifian, La Force de Guérir].

Et quand la pathologie survient être surdoué donne une coloration spécifique au tableau clinique qu'il faut connaître pour éviter les erreurs diagnostiques. Les dérives diagnostiques sont trop fréquentes. Elles résultent de la conjonction de plusieurs facteurs: la méconnaissance des caractéristiques psychologiques de l'enfant surdoué, l'absence de formation dans le milieu médical et paramédical, les résistances idéologiques –pourquoi aider et comprendre ceux qui ont plus ?-, le caractère souvent atypique du tableau clinique.

Et cela peut aller jusqu'au déni de l'identité de ces enfants et de ces adolescents, de leurs spécificités, mais surtout de leur vécu et de leur souffrance. Il ne faut

jamais oublier que tout diagnostic est émis par un soignant en regard d'une norme et de sa propre capacité à accepter, à tolérer, des écarts par rapport à cette norme. L'enfant surdoué est par définition, hors normes. Il a un fonctionnement, une pensée, une affectivité qui déroutent, qui dérangent. En l'absence d'une possibilité de comprendre ce qui fonde ce décalage un enfant ou un adolescent surdoué qui présente des manifestations ou des symptômes de souffrance psychologique peut être rapidement entraîné vers des pathologies qui ne le concernent pas. Il a été en particulier montré que les surdoués montrent dans le test de personnalité de Rorschach, plus connu sous le nom de test des "taches d'encre", des caractéristiques dans les réponses qui s'apparentent à celles produites par les patients schizophrènes. La raison tient à ce qu'un surdoué produit un grand nombre de réponses divergentes, différentes de celles attendues. Et ce non pas en raison d'une pathologie mais parce que la pensée du surdoué est justement caractérisée par une pensée en arborescence qui se démultiplie sur plusieurs axes simultanément et qui quitte rapidement les formes plus consensuelles de la pensée et les idées courantes. Pourtant, en psychiatrie de l'adolescent les confusions diagnostiques entre mode de pensée singulier et mode de pensée pathologique créent des confusions dramatiques pour l'avenir psychologique du surdoué qui en est l'objet.

En témoigne, parmi tant d'autres, l'histoire de Jean Rémi (15 ans), déscolarisé à la suite d'une phobie scolaire incoercible et incompréhensible chez un élève jusqu'alors particulièrement brillant. Jean Rémi arrive en consultation de psychiatrie de l'adolescent pour des bouffées d'angoisse invalidantes. La particularité de la pensée de Jean Rémi qui va exprimer sa souffrance sous une forme inhabituelle, empreinte d'une sensibilité douloureuse et d'une lucidité inquiétante, conduit à un diagnostic de "psychose de l'enfance décompensant à l'adolescence". L'incompréhension dont il est la victime va engendrer une spirale invraisemblable, non seulement parce que plus il parle plus le diagnostic se durcit mais aussi parce que les soins proposés ne correspondent jamais à ce dont il a besoin. Jean Rémi verra 27 psys en trois ans, sera hospitalisé deux fois en psychiatrie, dont un service fermé, recevra plusieurs traitements successifs et souvent contradictoires ! Trois ans après le gâchis est total : il a maintenant un retard scolaire important, sa souffrance est intacte et, plus grave, il a perdu toute confiance dans la possibilité de sortir de cette impasse et d'être aidé par des adultes compétents ou même tout simplement qui le comprennent. Jean Rémi est profondément désabusé et s'enferme chez lui. Il a perdu toute dynamique et toute perspective personnelle. Les symptômes s'aggravent. Le hasard d'un dernier psy, ouvrira une brèche dans ce désastre : Jean-Rémi est surdoué, un début de sens peut être reconstruit. Mais le cheminement sera

long et les marques de ces trois années d'errance diagnostiques sont profondes.

La dépression de l'adolescent surdoué présente elle aussi des singularités qu'il faut connaître. A côté de symptômes classiquement associés à un épisode dépressif la dépression du surdoué peut être qualifiée de dépression sur du *vide*. L'objectif : surtout ne plus penser. Surtout ne plus activer cette infernale machine à penser qui constitue justement la racine de la souffrance. Ce vide dépressif est un mécanisme de défense contre les pensées. Il n'est pas un vide structurel comme on le rencontre dans d'autres tableaux cliniques. Pour l'adolescent surdoué, *penser* est un équivalent symbolique de *danger*, de danger de mort. La défense par la cognition verrouille de son côté l'accès aux émotions. En consultation, l'adolescent, inlassablement, répond *Je ne sais pas* aux questions qu'on lui pose. Il ne veut pas, il ne peut pas, s'autoriser à activer cette pensée au risque d'être de nouveau submergé par une souffrance insupportable. Ne plus penser c'est tenter d'oublier les questions sans réponses, questions sur soi, sur les autres, sur le monde, sur le sens de la vie...et de la mort. On comprend combien la résistance thérapeutique est difficile à assouplir et la prise en charge délicate.

Les rouages d'une prise en charge adaptée

Commençons par une Lapalissade : pour prendre efficacement en charge un surdoué encore faut-il savoir qu'il est surdoué ! L'échec thérapeutique est symétriquement assuré lorsque le diagnostic de surdoué n'est pas posé ou pire est dénié, considéré comme une donnée sans importance : il est intelligent, et alors ?

L'histoire de Julie l'illustre. Julie (16 ans) est hospitalisée en Unité de soins de l'adolescent suite à une tentative de suicide particulièrement spectaculaire. On apprend à la faveur de cette hospitalisation que d'autres passages à l'acte suicidaires ont jalonné son développement. Des tests précédemment pratiqués indiquent un QI homogène de 142 et qu'il s'agit d'une adolescente surdouée à la vulnérabilité narcissique incontestable. Cette dimension ne sera jamais prise en compte dans la prise en charge psychiatrique de Julie qui sera considérée comme une adolescente dépressive classique. En cours d'hospitalisation les symptômes de Julie vont fréquemment évoluer et le diagnostic avec. L'équipe est rapidement en difficulté avec cette adolescente qui les met en échec. Les traitements antidépresseurs n'améliorent pas son état et Julie s'enferme dans un silence insupportable pour les soignants : Elle refuse de parler, de répondre aux

questions, d'être active dans son processus de guérison. Le matin elle refuse de se lever "je sens une chape de plomb au-dessus de ma tête " ou " à quoi ça sert ici personne ne me comprend". Julie déclenche à l'hôpital une forte agressivité de l'équipe. Julie va de plus en plus mal. Survient alors un grave épisode anorexique où une hospitalisation en service d'endocrinologie est inévitable. Julie est sous perfusion en continu. Nouvelle hospitalisation en psychiatrie de l'adolescent. Cette fois-ci, le diagnostic diffère : anorexie mentale. Nouvel échec thérapeutique. D'autres épisodes suivront et aujourd'hui Julie reste une adolescente en souffrance qui n'a pu être correctement aidée et accompagnée.

Prendre en compte les spécificités de fonctionnement intellectuel et affectif de l'enfant et de l'adolescent surdoué comme le nécessaire aménagement des tableaux cliniques habituels est indissociable d'un aménagement thérapeutique indispensable. En particulier, *la part cognitive du Soi* doit être intégrée dans la thérapie. Elle consiste à permettre au patient de réapprivoiser progressivement sa pensée en l'accompagnant doucement et patiemment dans ce cheminement délicat. Il faut intégrer d'emblée que *le risque de pensée* est la barrière qui sera la plus difficile à franchir puisqu'elle est synonyme, superposée, à la pathologie elle-même. Cette réanimation cognitive est indispensable à la redynamisation psychologique globale, à la restauration narcissique. La prise en charge de la part cognitive du Soi suppose la capacité d'intégrer une médiation cognitive dans la relation thérapeutique. C'est un levier thérapeutique incontournable.

Le thérapeute doit également être averti de la remarquable capacité de manipulation du jeune surdoué. C'est d'abord lui qui teste le psy, qui évalue ses capacités à le comprendre et à l'aider. Il ne s'agit ni d'une opposition ou d'un rapport de force stérile mais de son incoercible besoin d'analyse et de compréhension des personnes qui l'entourent et de son talent pour y parvenir. Dans certains cas, pour faire plaisir à ses parents ou, à l'adolescence, pour éprouver une secrète jubilation intellectuelle, le surdoué s'adaptera au style de son psy, à ce qu'il a compris qu'il attendait de lui. Souvent il anticipe ses questions, ses interprétations, et le psy pris au piège sera conforté dans un illusoire sentiment de compétence. Mais au final ce sont souvent des mois ou même des années de prise en charge inutiles qui laissent l'enfant ou l'adolescent surdoué aux prises avec ses difficultés, inextricables. Car ce dont justement il a besoin c'est qu'on le comprenne sincèrement et qu'on l'aide efficacement. Il est avide d'aide mais désabusé de ne pas en trouver.

Conclusion

Tous les enfants surdoués ne développent pas de pathologie. Un grand nombre d'entre eux sont heureux, bien dans leur vie, dans leur tête et dans leur peau.

Mais en l'absence, sur un plan international, d'une étude épidémiologique sur cette population, nous connaissons mieux la population consultante. Le biais de recrutement est réel même si aujourd'hui de plus en plus de parents, grâce en particulier au travail des associations, font pratiquer des tests préventivement. Et, bien que la dérive inverse existe, c'est à dire des parents en quête d'un diagnostic mythique, il est incontestable que le dépistage précoce est une prévention nécessaire. Le risque pathologique est corrélé à l'âge du diagnostic : plus le diagnostic est posé jeune, plus la probabilité de décompensation pathologique est faible et plus il sera possible d'accompagner efficacement l'enfant dans son développement intellectuel comme affectif.

Le constat clinique des troubles psychologiques sévères dans lesquels les enfants et adolescents surdoués peuvent être précipités ne peut laisser indifférent. Il importe d'en prendre pleinement la mesure. Les spécificités de fonctionnement du surdoué dans ses modalités affectives et cognitives sont des composantes indispensables à intégrer à la clinique psychologique. L'enfant surdoué est, par constitution, fragile et vulnérable. Incapable d'insouciance, d'indifférence, décalé à l'école et parmi les autres il connaît très jeune l'inquiétude et l'anxiété. La construction de son identité est marquée par sa différence. Enfant surdoué, enfant en danger, pourrait-on presque dire.

Il s'agit d'un problème de santé publique dont le pourcentage (un peu plus de 2% de la population est concernée) correspond à celui de toute population à risque. On ne peut plus, ni sur un plan médical ni au niveau de l'Education nationale, négliger cette population sous des prétextes idéologiquement et politiquement correct, prétextes qui maintiennent le surdoué dans une représentation erronée et dangereuse. La formation est urgente car le nombre d'enfants et d'adolescents surdoués en grande souffrance psychologique est inadmissible. On peut prévenir une bonne partie de ces troubles. L'intelligence ne doit plus faire peur à ceux qui l'observent. La différence doit être tolérée qu'elle que soit la nature ou le sens de cette différence.