



Il Valsalva

fondato nel 1925 da Guglielmo Bilancioni

1/2-2011

www.ilvalsalva.it

Otologia

- G. RALLI, G. NOLA, V. D'AGUANNO, A.P. ERCOLANI: *La qualità di vita nei pazienti con Vertigine Parossistica Posizionale Benigna* 1
- A. MESSINA, R. BRUNI: *La vertigine infantile* 9
- M. CAVALIERE, F. RICCIARDIELLO, M. MESOLELLA, M. IENGO: *Stapedotomy: functional results with different diameter prostheses* 19
- S. MARTELLUCCI, G. PAGLIUCA, C. ROSATO, A. GALLO: *Tossicità vestibolare indotta da Gentamicina durante trattamento dialitico sostitutivo* 25
- M. PAGLIARELLA, M. CONTE, M. TOMBOLINI, C. DE VINCENTIIS: *Forame di Huschke: diagnosi di fistola salivare* 29

Rinologia

- A. GALLO, M. TOMBOLINI, M. CINIGLIO-APPIANI, S. BADIA, S. MARTELLUCCI: *Emangioma cavernoso del setto nasale. Esposizione di un caso clinico* ... 33
- M. CONTE, M. PAGLIARELLA, M. TOMBOLINI, C. DE VINCENTIIS: *Estesioneuroblastoma: radioterapia come unico trattamento* 37

- Educazione Continua in Medicina: **ORL-Test** 41

Edizioni
LUIGI POZZI
Roma

Volume LXXXVII - numero 1-2 - Gennaio-Giugno 2011
Tariffa R.O.C. - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale -
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1 - DCB di Roma

Recensito su
Excerpta Medica
EMB database

Il Valsalva

rivista trimestrale di otorinolaringologia
e chirurgia cervico-facciale

fondato nel 1925
da Guglielmo Bilancioni

Direttori

Giancarlo Cianfrone
Marco de Vincentiis

Comitato Scientifico

M. Andrea, B. Ars, E. Arslan, R. Balli, M. Bussi, D. Casolino,
P. Ciappetta, S. Conticello, I. de Vincentiis, M. De Benedetto,
N.M. di Luca, P. Ferrara, R. Filippo, R. Fiorella, U. Fisch, G.
Galetti, C. Galetti, V. Galli, C. Giordano, G. Grisanti, B.
Guerrier, G. Iannetti, S. Iurato, J. Magnan, V. Mallardi, A.
Martini, M. Maurizi, E. Mora, G. Motta, D. Nuti, P. Pagnini,
G. Paludetti, D. Passali, P. Puxeddu, A. Quaranta, A. Rinaldi
Ceroni, O. Schindler, A. Staffieri, L. Traissac, C. Zini

Redattore Capo

Giovanni Ralli

Comitato di Redazione

M. Barbieri, A. Camaioni, F. Carluccio, A. Gallo, G. Magliulo,
G. Modugno, R. Mora, G. Nola, O. Palma, S. Paolini, G.C.
Passali, M. Saponara, A. Spota

www.ilvalsalva.it

Il Valsalva

Edizioni Luigi Pozzi

SOMMARIO

Otologia

- La qualità di vita nei pazienti con Vertigine Parossistica Posizionale Benigna 1
Quality of Life in patients with benign positional paroxysmal vertigo
 GIOVANNI RALLI, GIUSEPPE NOLA, VITTORIO D'AGUANO, ANNA PAOLA ERCOLANI
- La vertigine infantile 9
Vertigo in childhood
 ALDO MESSINA, ROSA BRUNI
- Stapedotomy: functional results with different diameter prostheses 19
Stapedotomia: risultati funzionali con protesi di differenti diametro
 MICHELE CAVALIERE, F. RICCIARIELLO, MASSIMO MESOLELLA, MAURIZIO IENGO
- Tossicità vestibolare indotta da Gentamicina durante trattamento dialitico sostitutivo 25
Vestibular toxicity during dialysis induced by Gentamycin
 SALVATORE MARTELLUCCI, GIULIO PAGLIUCA, CHIARA ROSATO, ANDREA GALLO
- Forame di Huschke: diagnosi di fistola salivare 29
Foramen Huschke: diagnosis and salivary fistula
 MARTINA PAGLIARELLA, MICHELA CONTE, MARIO TOMBOLINI, CHIARA DE VINCENTIIS

Rinologia

- Emangioma cavernoso del setto nasale. Esposizione di un caso clinico 33
Cavernous hemangioma of nasal cavity. Case report
 ANDREA GALLO, MARIO TOMBOLINI, MARIO CINIGLIO-APPIANI, S. BADIA,
 SALVATORE MARTELLUCCI
- Estesioneuroblastoma: radioterapia come unico trattamento 37
Radiotherapy alone for local tumor control in esthesioneuroblastoma
 MICHELA CONTE, MARTINA PAGLIARELLA, MARIO TOMBOLINI, CHIARA DE VINCENTIIS
- Educazione Continua in Medicina: ORL Test** 41

La vertigine infantile

ALDO MESSINA*, ROSA BRUNI**

*Responsabile ambulatorio di otoneurologia, Azienda Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone",
Palermo, dipartimento di biopatologia e biotecnologie mediche e forensi,
Unità operativa di Audiologia (direttore prof. Enrico Martines).

**Psicoterapeuta, Student Counsellor Università Cattolica del S. Cuore Roma

The vertigo of childhood

The vertigo is a relatively uncommon symptom in childhood. It is considered that its frequency is underestimated because the child is often not in a position to properly report the vertigo. The authors examined 31 children both sexes, aged between 5 and 17 years, who were asked to express their symptoms with a design. The result is an examination not only of the description of the symptom but the consequences that this entails for the affective sphere, the child's cognitive and relational.

KEY WORDS: Childhood, Vertigo.

La prima descrizione bibliografica di vertigine infantile risale probabilmente al secondo Libro dei Re (3, 27-4) ove si narra tra i miracoli di Eliseo di "un fanciullo che divenuto giovanotto andò un giorno a trovare suo padre che stava dai mietitori, ma improvvisamente cominciò a dire: "Oh la mia testa, la mia testa".

L'allucinosi spaziale nota come vertigine è certamente un disturbo poco frequente in età pediatrica anche se si ha motivo di ritenere che molte volte il sintomo non sia ben identificato perché il bambino non è nelle condizioni di riferire correttamente la sintomatologia. Analogamente appare difficile valutare sia la sua incidenza che la sua prevalenza anche se appare probabile che quest'ultima sia inferiore rispetto a quella dell'adulto.

Il bambino in crisi vertiginosa improvvisamente si blocca, rifiuta i giochi che richiedono molto movimento, evita di camminare e presenta improvvise crisi di pianto.

Il primo sanitario ad essere consultato dai genitori, preoccupati prevalentemente dalla condizione di blocco ludico e dal pallore del bambino, è il pediatra. In generale gli accertamenti si concludono con una consulenza del neuropsichiatra infantile che esclusa la presenza di un focolaio epilettico, raramente richiede ulteriori controlli.

Le vertigini infantili possono essere classificate dal punto di vista etiologico in:

- a) Vertigine psicogena (da iperventilazione);
- b) Vertigine sintomatica (infettiva - prevalentemente di origine virale da parotite, citomegalovirus, EBV, Varicella, rosolia, influenza, parotite, herpes ecc) tossica ed ototossica, traumatica, neoplastica, emicranica, epilettica, parossistica benigna, da malattia demielinizzante, malattia di Ménière, ipoglicemica, anemica, da cinetosi, da scoliosi e posturale, da fistola perilinfatica, da alterazioni stomatognatiche, da ma-

lattie autoimmuni, da malocclusione). Osservate vertigini nei casi di sindrome di Pendred, di E.V.A., di Cogan e nella Atassia ricorrente dominante.

- c) La labirintolitiassi
- d) Vertigine Parossistica Benigna dell'Infanzia (Basser), è la forma più frequente, che, spesso, una corretta anamnesi, fa rientrare nel capitolo della vertigine quale equivalente emicranico (sindrome periodica o ricorrente dell'infanzia, omologo ad esempio della emicrania addominale). Secondo Dunn D.W. e Snyder C.H. anche il torcicollo parossistico infantile rientrerebbe tra gli equivalenti emicranici.
- e) Epiletiche
- f) Sindrome vestibolare del IV ventricolo (Medulloblastoma ed ependimoma)
- g) Neoplasie del cervelletto (Medulloblastoma, astrocitoma, ependimoma, meningiomi emifossa cerebellare, metastasi).
- h) Posturale

In particolare, nel capitolo della V. P. B. I., distinguiamo le forme con alterazione strumentale della riflettività vestibolare ed in assenza di equivalenti emicranici e quelle senza alterazioni otoneurologiche ma con presenza di equivalenti emicranici

La V. P. B. I., descritta da Basser nel 1964, è francamente oggettiva non è preceduta da aura, né da ipoacusia ma da intensi fenomeni neurovegetativi, dura pochi momenti e si risolve in modo completo.

Recenti statistiche evidenziano che le forme di VPB. I. quale equivalente emicranico predispongono, nell'adulto, alla Malattia di Ménière

FINALITÀ DEL LAVORO

Esplorare il vissuto del sintomo vertiginoso in bambini attraverso la rappresentazione grafica

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Abbiamo osservato 31 bambini ambosessi 20 di sesso femminile ed 11 maschili, di età compresa tra i 5 ed i 17 anni che hanno consultato l'ambulatorio di otoneurologia della Cattedra di Audiologia dell'Azienda Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone di Palermo". Agli stessi è stato chiesto di eseguire un disegno esplicativo della loro sintomatologia.

Gli stessi, dopo indagine anamnestica ed otoneurologica (bedside examination, Videonistagmoscopia ed eventuali test calorici e/o prove pendolari sono stati così classificati):

VPBI	23 casi
Virali	2 casi
Ormonali Ohresser	3 casi
Neoplastica (malattia di Boumeville)	1 caso
Post traumatica	1 caso
Labirintolitiassi	2 casi
Visiva	1 caso

La risposta all'esame otoneurologico è condizionata ovviamente all'età del paziente e oltre i tre anni sarà possibile effettuare la normale batteria di test impiegata per i soggetti adulti, modificando opportunamente i parametri di normalità che risulteranno definitivamente stabilizzati intorno al dodicesimo anno di vita.

I soggetti sono anche stati seguiti a distanza di anni e si conferma che alla vertigine è seguita cefalea in 19 casi, 15 dei quali di sesso femminile.

Pur nella ristrettezza del campione statistico, ci sembra potere affermare che la vertigine infantile nella stragrande maggioranza dei casi è inquadrabile quale Vertigine Parossistica Benigna Infantile. Nel sesso femminile in genere si riscontra una discreta prevalenza di sindromi vasomotorie premestruali, identificate come sindrome di Ohresser, entità nosologica che, nell'adulto, può sfociare in malattia di Ménière.

Le vertigini, per le loro caratteristiche etiopatogenetiche e fenomenologiche, rivendicano una doppia appartenenza, somatica non meno che psichica: così possono essere espressione di diversi disturbi organici ma anche di differenti quadri psicopatologici. Il fenomeno vertigine, in sé è poi espressione sintomatica corporea e, al contempo, esperienza psichica intensa. Così, quando si sperimenta il sintomo vertiginoso, le diverse sensazioni corporee – da quella di movimento, alla rotazione, all'instabilità – si accompagnano ad emozioni perturbanti. Il sentirsi in movimento, in "equilibrio instabile", la sensazione che "tutto ruoti" o che la testa sia scossa da una parte all'altra, la sensazione di essere sul punto di cadere, di non reggersi in piedi, o anche la sensazione di sbandamento, sono esperienze psichiche non meno corporee, esistenziali non meno che somatiche, simboliche non meno che concrete.

Nella sua opera Freud ha parlato spesso di vertigini (Schwindel, tradotto da Strachey nella Standard Edition con Vertigo), presentandole come

uno dei sintomi principali della nevrosi d'angoscia (Freud, 1915-17)¹: "Una posizione di particolare rilievo viene assunta dalla vertigine che, nella sua forma più leggera, sarebbe meglio chiamare barcollamento e che, sotto forma di accesso di vertigine, accompagnato o no da angoscia, appartiene a quei sintomi della nevrosi che danno luogo alle più gravi conseguenze... stando alle mie osservazioni, nella nevrosi d'angoscia è spesso riscontrabile anche la vertigine delle altezze, delle montagne e dei precipizi" (Freud, 1894)².

Le vertigini hanno rappresentato, quindi fin dalle prime teorizzazioni psicoanalitiche, uno dei fenomeni clinici più suggestivi di quella relazione chiasmatica mente-corpo, le cui alterne vicende sono alla base della salute come della malattia. Non si intende con questo far riferimento unicamente all'importante corteo di sintomi somatici riportati nell'analisi dei casi di isteria, quanto della convinzione freudiana dell'intima e strutturale rilevanza dell'esperienza corporea nella genesi e costruzione dell'identità: "L'Io è innanzitutto un'entità corporea" (Freud, 1930)³.

Il contributo di Bion prima e di Ferrari, più recentemente, attraverso la ri-considerazione del corpo come realtà prima e oggetto per eccellenza della mente, ci porta a distaccarci progressivamente da una prospettiva culturale che associ, più o meno consapevolmente, il termine psicosomatica "sempre alla sola patologia come se il concetto di unità psicosomatica non patologica ci mancasse" (McDougall, 1990)⁴.

Nel nostro modello il somatico, va quindi inteso non come ambiente del mentale, né tanto meno come suo supporto, ma come un insieme di funzioni (sensoriali, metaboliche etc) che si articolano con le funzioni mentali. Naturalmente quando parliamo di corpo e delle funzioni corporee si riferiamo ad un corpo percepito, il corpo che vive. Rivalutare questa dimensione "ontica" del corpo-riprendendo le parole di Varela e Cohen-spesso ignorata a vantaggio della dimensione medica o sociostorica o linguistica, Vuol dire provare a "pensare l'organismo come portatore di una iscrizione primigenia dell'essere" (Varela,

1989)⁵. Parlare di corporeità in questi termini, equivale a riproporre la lettura fenomenologica del corpo nella duplice accezione di corpo-Leib che è corpo vivente e corpo oggetto-Körper.

Questa doppia appartenenza al corporeo e allo psichico delle vertigini, è stata per noi una chiave di lettura essenziale per cercare di interpretare il vissuto penoso, a tratti sconvolgenti dell'esperienza vertiginosa dei piccoli pazienti.

IL DISEGNO INFANTILE

Il linguaggio delle immagini rappresenta una delle forme più personali e arcaiche di linguaggio umano: in quanto sistemi allegorici, le immagini esprimono differenti prospettive sul reale attraverso la condivisione di un sistema uniforme di valori (Riedel, 1998)⁶.

Per un bambino piccolo, la scoperta che un gesto possa lasciare una traccia, su un foglio, sulla sabbia, su un vetro appannato dal vapore, avviene per caso: tuttavia grande è lo stupore, intensa la gioia. Così provando e riprovando, sempre di più il bambino prende coscienza della relazione causale tra quel particolare gesto motorio e quella traccia che rimane: è la fase dello scarabocchio, compresa tra i due e i quattro anni di età. Con il passare del tempo, poi, perfezionandosi sia il gesto motorio che la capacità di integrare l'informazione visiva con quella motoria, si rende possibile il primo disegno di figure circolari. E poco alla volta il cerchio si fa volto: compaiono gli occhi, la bocca, il naso. Intorno ai cinque anni la figura umana diventa riconoscibile: il tronco si allunga, compaiono le braccia e le gambe, le mani e i piedi. Tra i sei e i sette anni, il bambino aggiunge nuovi dettagli come le dita delle mani, il vestiario, le scarpe. Infine tra i nove e gli undici anni, la figura umana appare sempre più completa, ben proporzionata, di età riconoscibile e colorata in maniera adeguata (giusto colore per la bocca, gli occhi, le mani). Naturalmente questa sintetica rappresentazione del percorso evolutivo infantile è solo parzialmente indicativa, dal momento che numerosi fattori, dalla innata capacità alla motivazione, dai fattori emozionali a quelli specificamente cognitivi, possono determinare ritardi o anticipi di fasi. In ogni caso il disegno ri-

¹Freud S. (1915-17) *Introduzione alla psicoanalisi. Prima serie di lezioni*. OSF 8, pg. 553 Bollati Boringhieri, Torino.

²Freud S. *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come nevrosi d'angoscia*. OSF 2, pg 158 Bollati Boringhieri, Torino, 1894.

³Freud S. *L'Io e l'Es*. OSF 9, p. 488 Bollati Boringhieri, Torino, 1930; 488.

⁴McDougall J. *A favore di una certa anormalità*. Borla, Roma 1993.

⁵Varela F, Cohen A: *Le Corps evocateur. une relecture de l'immunité*. Nouvelle revue de Psychanalyse Paris 1989, 40: 193.

⁶Riedel I: *L'anima dell'immagine*, Edizione Magi, Roma, 1998; 25.

flette il mondo del bambino, sia in termini di rapporto con se stesso- sensazioni, emozioni, capacità cognitive-intellettive – che quello relazionale – con il mondo esterno, gli altri, gli oggetti. Non a caso, quando ad un bambino si chiede di disegnare una persona, nella maggior parte dei casi le bambine disegnano figure femminili, e i bambini, figure maschili. La persona del disegno è così espressione di sé, del proprio modo di sentirsi, sul piano corporeo non meno che psichico, di abitare il corpo, come le relazioni con gli adulti significativi, con il mondo esterno. Ecco che allora il disegno infantile diventa strumento di indagine, sonda privilegiata per esplorare vissuti ed affetti, stati d'animo e rappresentazioni interne.

Il foglio bianco diventa lo schermo su cui si proiettano sensazioni, emozioni, fantasmi della vita psichica; allo stesso tempo il foglio diventa una sorta di contenitore che permette di dare forma, di tenere insieme e de-finire i contenuti del mondo interno.

È facile inferire da queste premesse, come il disegno possa divenire per il medico, come per lo psicologo, uno strumento di conoscenza fondamentale in tutte quelle situazioni in cui un bambino si trova a vivere un disagio, un disturbo fisico, un malessere corporeo o emozionale.

Ecco che nel nostro lavoro abbiamo cercato di esplorare, attraverso il disegno, il vissuto di un gruppo di bambini, di diversa età, affetti da vertigini.

Parafrasando Heidegger e il suo "pensiero che guarda ascoltando" (Heidegger, 1957)⁷ abbiamo cercato di ascoltare la voce di questi bambini, il loro modo di percepire e vivere le vertigini, attraverso le rappresentazioni figurative che ne hanno fatto.

FENOMENOLOGIA

Una delle prime cose che possiamo osservare nei disegni dei bambini, è l'estrema varietà di rappresentazione del sintomo vertigine. Ogni bambino ha utilizzato lo spazio del foglio bianco per cercare di dare forma ad un'esperienza difficile da definire a parole. E così ogni bambino ha la "sua vertigine", il suo modo di sentirsi durante la crisi, un suo modo di parlare di quanto gli accade.

Così se per molti dei bambini coinvolti, la vertigine è turbinio, movimento a spirale, gorgo senza fine (dis. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14),

⁷Heidegger M (1957): *Il principio di ragione*, tr. It F. Volpi, Adelphi, Milano 1991; 90.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

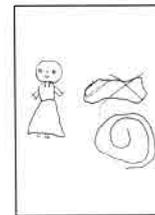


Fig. 5.



Fig. 7.



Fig. 8.

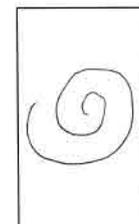


Fig. 11.

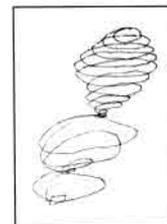


Fig. 12.

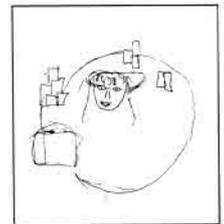


Fig. 14.

per qualcun altro è movimento lineare, destra-sinistra/sinistra-destra (dis. 1),

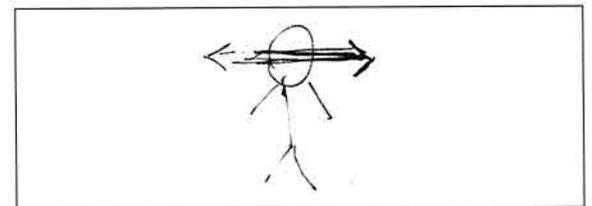


Fig. 1.

o forza che sbilancia in avanti (dis. 13)

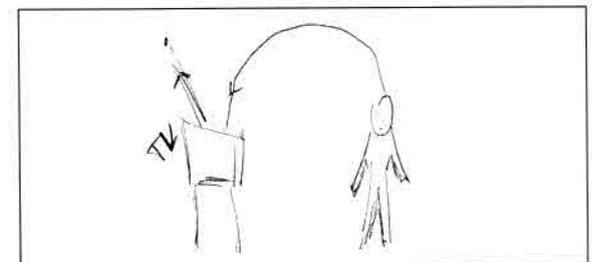


Fig. 13.

o di lato (dis. 15), o coppia di forze opposte (dis. 16).

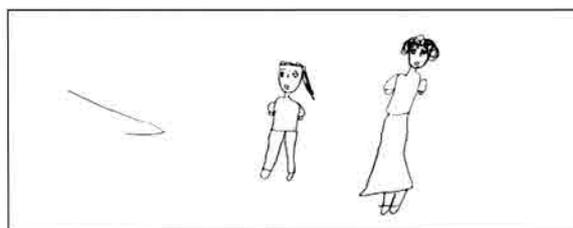


Fig. 15. -

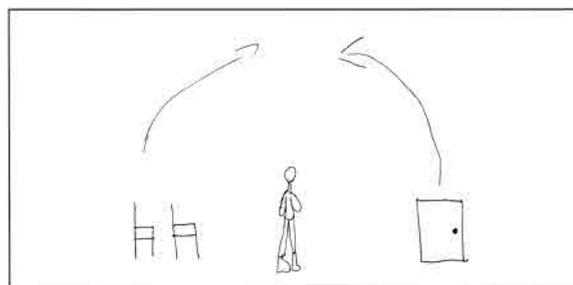


Fig. 16. -

Nella maggior parte dei disegni, tuttavia, l'evento vertigine appare rappresentato come segno-esperienza specifica: è qualcosa che ha una realtà propria, è fenomeno esterno che coinvolge più o meno intensamente ma che è comunque identificabile/rappresentabile come altro da sé.

Il grafema spirale è quello più utilizzato per rappresentare l'evento vertiginoso: così la vertigine è spirale che avvolge e imprigiona: successione di cerchi concentrici più o meno numerosi, più o meno fitti che avvolgono il corpo o che si poggiano sulla testa come una sorta di cappello. Nei disegni 3, 4, 14, la vertigine evento che coinvolge-intrappola come cerchio o spirale la testa o tutto il corpo.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 14.

Meno frequentemente la vertigine è rappresentata come linea di forza o coppia di forze: in questi casi essa appare come una freccia che ha per bersaglio il corpo o la testa.

Nel disegno 13 la vertigine appare rappresentata come forza singola - che nasce - termina da/in un'antenna di un televisore. Forse ad indicare la vertigine come una forza-onda (come quelle televisive) che urtando provoca uno sbilanciamento, fa perdere l'equilibrio. Ma forse il televisore potrebbe suggerire il bisogno del bambino di disporre di un contenitore che permetta di raccogliere e di rappresentare - con immagini e parole - l'esperienza vertiginosa. Una sorta di mente sussidiaria che possa ricevere e ri-trasmettere ciò che il bambino prova e a cui non riesce a dare espressione.

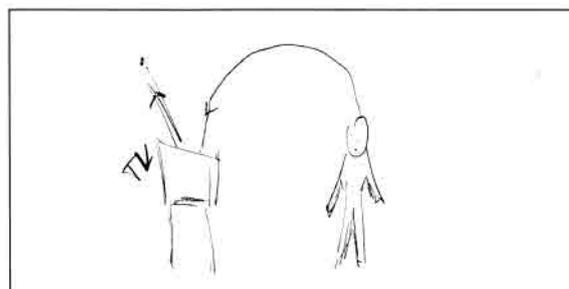


Fig. 13.

In un caso la vertigine è rappresentata attraverso lo stesso movimento corporeo (disegno 17) che determina: allora la vertigine è un tutt'uno con il sentirsi in movimento. Allora tra il bambino e la sua vertigine non c'è differenza: è il bambino che ruota in aria, che vola intorno al-

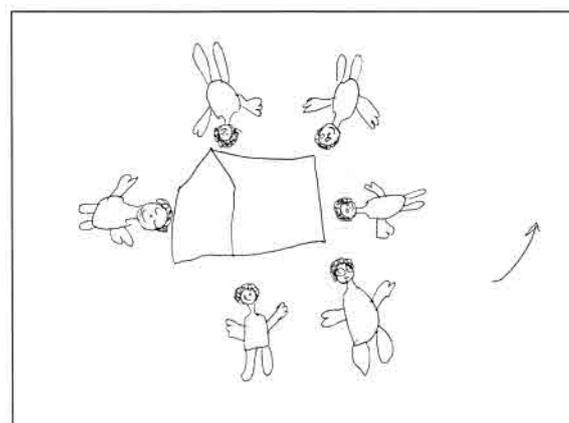


Fig. 17.

la casa. Le braccia diventano ali, la vertigine un modo di volare. Stabile al centro la sagoma di una casa: la centralità di un mondo familiare che forse è troppo vuoto-leggero per trattenere il bambino-angelo?

O forse una richiesta a quel mondo familiare perché possa trattenere?

Passiamo poi ad osservare il luogo della vertigine, lo spazio cioè in cui il bambino colloca il sintomo vertiginoso. Ecco che una prima osservazione, permette di differenziare le rappresentazioni dei bambini in due gruppi: nel primo caso, il movimento vertiginoso sembra interessare solo la testa (disegni 1, 2, 6, 7, 8, 15)

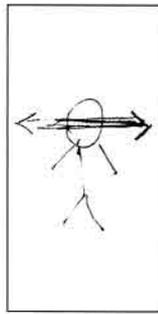


Fig. 1.

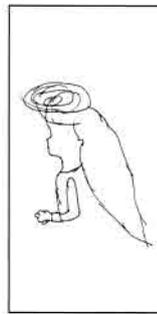


Fig. 2.



Fig. 6.



Fig. 7.

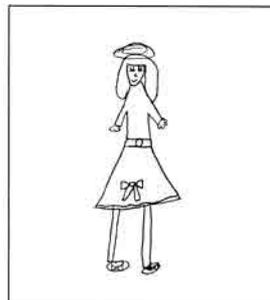


Fig. 8.

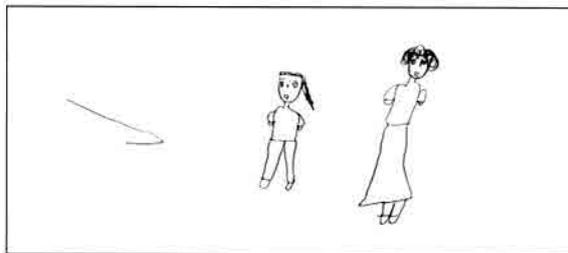


Fig. 15.

nel secondo la vertigine coinvolge tutto il corpo (disegni 3, 4, 17).



Fig. 3.



Fig. 4.

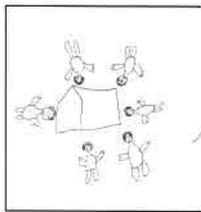


Fig. 17.

Nei disegni 2 ed 8 la vertigine è come un capello-spirale che poggia sulla testa di bambini ben rappresentate, con bei capelli (dis. 2: capelli lunghi e vaporosi) o bei vestiti (dis. 8: il nastro sulla gonna, la cintura). Sembra che in questi casi, si sia realizzata la possibilità di contenere l'irrompenza dell'evento patologico, confinando l'esperienza vertiginosa alla sola testa. Potrebbe tuttavia trattarsi di una forma di meccanismo di difesa-scissione dell'evento perturbante - come potrebbe suggerire la mancanza degli occhi nel dis. 2 (forse anche nel dis. 8 gli occhi potrebbero sembrare chiusi). Come a dire: solo non guardando, è possibile delimitare l'impatto, confinare?



Fig. 2.

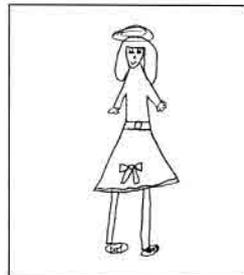


Fig. 8.

In alcuni casi (disegni 11, 12, 13) il corpo intero scompare, assorbito dal movimento vertiginoso. In questo caso è come se la vertigine significasse per il bambino una sorta di gorgo spaventoso, che inghiotte con il suo stesso movimento Labirinto-spirale che imprigiona e annulla. L'esperienza vertiginosa sembra rappresentare in questi casi, qualcosa di totalizzante e di talmente

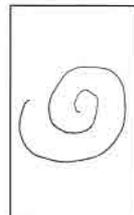


Fig. 11.

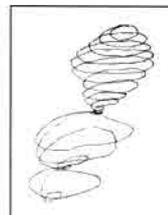


Fig. 12.

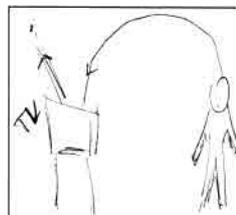


Fig. 13.

destruente, da annullare, cancellare la corporeità stessa, e con questa, l'identità.

IL SIGNIFICATO

LA VERTIGINE COME SCONVOLGIMENTO

L'effetto perturbante e sconvolgente delle vertigini, appare ben illustrato nel disegno n. 6. In questo caso, vediamo che la bambina rappresenta due momenti (quando si sente bene e quando viene l'attacco vertiginoso) che corrispondono anche a modi di sentirsi emotivamente opposti. Così la rappresentazione di sé in salute, mostra una bambina, con grandi occhi, i capelli a posto, con un bel vestito. Ma, in basso, appare la stessa bambina, questa volta seduta, con il capo reclinato sul tavolo e la vertigine come una nuvoletta nera tra la testa e lo schienale della sedia. Le parole di commento parlano di dolore agli occhi (i grandi occhi rappresentati) e di istinti, di qualcosa che "istintivamente" sente di dover fare, per ripararsi da quella sensazione sconvolgente.



Fig. 6.

Possiamo leggere nel disegno tutto il dolore, lo scoramento, l'abbattimento di questa bambina. Abbattimento che solo il tavolo, con la sua solidità (guardiamo alle gambe del tavolo, alla sua struttura massiccia) sembra poter sostenere.

Nel disegno 5, osserviamo una sorta di doppia rappresentazione delle vertigini. Per prima cosa

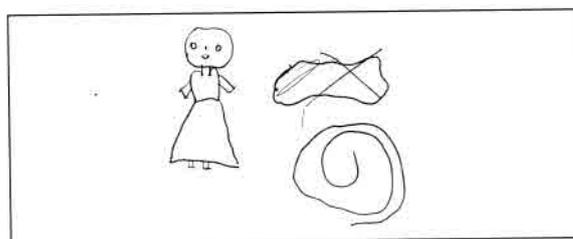


Fig. 5.

notiamo che l'evento vertigine è rappresentato come altro da sé della bambina. Infatti vediamo ad occupare lo spazio in alto, a sinistra del foglio, una bambina rappresentata con pochi segni distintivi (troppo pochi rispetto all'età?): è la gonna ad indicare il genere femminile, e la testa della bambina tonda, senza capelli-senza protezione?

La vertigine è cosa ben separata: occupa lo spazio destro del foglio e, per dimensioni è anche più grande della bambina. Nel foglio, in alto a destra-poi cancellata con una grande X e sostituita dal disegno sottostante- vediamo una vertigine-lago o vertigine-cratero di un vulcano o vertigine-buco nero.

In basso è posta una spirale grande, più grande della stessa bambina. Forse la vertigine è gorgo che trascina in uno spazio-buco-lago senza fondo; qualcosa che è tanto più grande e forte e terribile a cui non ci si può opporre. In questo vuoto di rappresentazioni, di parole, di pensieri in quest'assenza vuoto-che turba, buco nero che inghiotte, ecco il luogo in cui si addensano tutte le paure, tutte le cose che angosciano.

Nel disegno 7 una bambina sceglie di parlare delle vertigini sia con il disegno che con le parole: queste raccontano di una testa che gira e di una sensazione di vomito.



Fig. 7.

La figura umana è particolare: la testa ha un che di simpaticamente buffo con tutti quei capelli-vertigini arruffati. Il corpo, al contrario, è rigido, come ingabbiato in un abito-divisa rigidamente sagomato, che parla di un'altra età, molto più adulta. Sull'emitorace destro si notano tanti bottoni-microvertigini interne a rappresentare i movimenti viscerali (il vomito di cui parla)?

Sul capo, i capelli sembrano farsi espressione del movimento vertiginoso. Così ad una testa che si muove disordinatamente sembra far da contrappunto un corpo irrigidito, statico (anche l'assenza delle gambe sembra ribadire la dimensione della fissità-staticità).

La realtà corporea, malgrado si imponga con la sua violenza sintomatica, come soverchiante, non cessa di essere al tempo stesso presenza interiore: corporeità – come rappresentazione mentale del corpo- e non fisicità –. Così l'esperienza vertiginosa è luogo di rappresentazione di un'immagine corporea modificata dallo stesso sintomo fisico. Così come il corpo appartiene al reale non meno che all'immaginario, ecco che l'evento corporeo patologico- le vertigini- si traduce in un'esperienza del corpo e di sé.

LA VERTIGINE COME ESPERIENZA DI ANNICHILIMENTO

Nei disegni dei bambini, il tema dell'annichilimento, della scomparsa di sé nell'evento vertiginoso, appare variamente raffigurato.

Così disegno n. 1 compare una grande testa da cui spuntano direttamente le braccia.

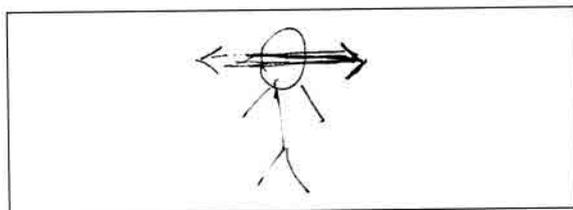


Fig. 1.

La testa, grande e tonda non ha volto-senza occhi né naso né bocca-e poggia su un corpo stilizzato. Come se l'unica cosa importante fosse quel movimento forte (si noti il tratto calcato della freccia) che va da destra a sinistra, da sinistra a destra. Non c'è un bambino, non c'è un nome: solo quel movimento-freccia che attraversa la testa e la scuote violentemente. Come se la vertigine nel suo scuotimento finisse per cancellare il volto, per annullare la presenza identitaria.

Anche nel disegno 9, il corpo non è disegnato in termini di figura umana, ma ci sono solo cerchi-teste e quadrati-tavoli. In questo caso sembra

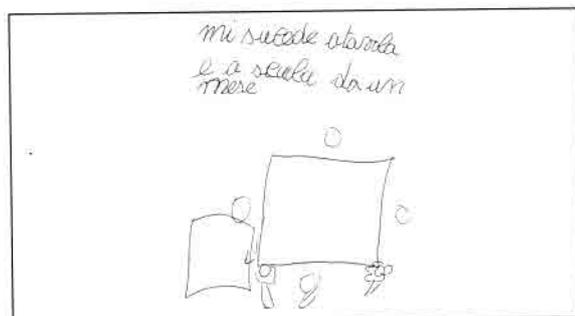


Fig. 9.

evidente l'effetto regressivo sulle capacità di rappresentazione: il segno diventa graffito geometrico primitivo, privo di connotazioni figurative, come quello proprio di un bambino molto piccolo. Anche in questo caso è come se l'esperienza di malattia congelasse il tempo o addirittura ne invertisse il senso: davanti a qualcosa che terrorizza ci si sente piccoli piccoli, e forse si cerca conforto in posizioni arcaiche.

Ma è forse nei disegni successivi, 10, 11 e 12, che il tema della scomparsa di sé assume la sua pregnanza maggiore.

Nel dis. N. 10, un letto con le sue quattro gambe occupa il foglio; due frecce, dirette in senso opposto, sono poste alla sua testa e ai piedi. È un letto con il suo cuscino, ma non c'è un bambino che riposa lì. È un letto-culla, che va su e giù ma che non ospita nessuno. In questo movimento il bambino è forse in alto o in basso, ma comunque altrove, non compare. Come se la vertigine-terremoto avesse sbalzato via il bambino?

Anche il disegno 11, sembra raccontare la storia di un bambino inghiottito dalla vertigine. Sappiamo che si tratta di una bambina, perché ha scritto il suo nome. Ma di lei non compare nessuna immagine: solo una spirale-gorgo in cui una bambina forse è caduta, un buco nero che l'ha inghiottita. Resta un nome, un cognome, qualcosa che ha ancora un suono, ma non più visibilità.

E tante spirali-gorghi appaiono anche nel disegno 12: anche qui non c'è traccia del bambino che si firma-nasconde in alto. Qui le vertigini sono spirali che generano spirali, gorgi su gorgi che si inseguono: come nuvole avvolgono il corpo e lo nascondono alla vista. La nuvola-testa è quella più grande.

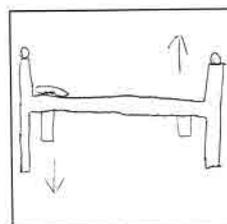


Fig. 10.

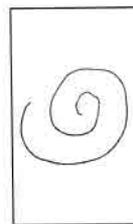


Fig. 11.

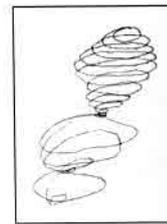


Fig. 12.

L'assenza del corpo, e ancora di più del volto in questi disegni, sembra suggerire l'effetto sconvolgente del fenomeno vertiginoso: la sua violenza sembra distruggere, cancellare la possibilità per il bambino di pensarsi e di rappresentarsi, di dare una forma a ciò che sta vivendo.

La difficoltà a collocare il movimento vertiginoso all'interno di un'esperienza integrale e integrata di sé, affettiva e cognitiva insieme, impedisce di realizzare un legame articolato tra simbolizzazione e vissuto, tra significativo e significato. Ciò implica da un lato l'occorrenza di meccanismi dissociativi, dall'altro costringe la mente a lavorare solo "sulla sensazione fisica e attraverso la sensazione fisica". Il funzionare come pura fisicità implica quindi una sovradeterminazione in termini di senso e di intensità della funzione sensoriale in questione. Così la sensazione fisica-sintomo diventa l'unico modo per rappresentarsi e per parlare di sé. Ecco che allora attraverso il disegno il bambino può parlare di quest'angoscia persecutoria che ha a che fare con l'annientamento dell'Io, con la cancellazione identitaria.

CONCLUSIONI

La vertigine, come qualsiasi situazione che porti la dimensione della corporeità ad emergere alla sua silenziosa opacità, si pone come evento-crisi: così se da un lato rappresenta una cesura dell'esperienza abituale di sé, dall'altro costringe chi ne è affetto a confrontarsi con essa e a costruire trame nuove di significato. Nei bambini, l'uso del dispositivo grafico, permette l'espressione di affetti, pensieri e fantasie relative all'esperienza sintomatica: di parlare non solo del sintomo in sé ma del significato che quel sintomo ha assunto nella sua economia psichica ed esistenziale.

Per il clinico otorinolaringoiatra, d'altra parte, il ricorso al test del disegno e la collaborazione dello psicologo clinico, permette di raccogliere informazioni utili sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico, suggerendo percorsi di cura differenziati e modulati sulle esigenze del singolo bambino.

RIASSUNTO

MESSINA A., BRUNI L.: *La Vertigine infantile*.

La vertigine è un sintomo relativamente poco frequente in età pediatrica. Si ritiene però che la sua frequenza sia sottostimata in quanto il bambino spesso non sia nelle condizioni di riferire la vertigine correttamente. Gli autori hanno esaminato 31 bambini ambosessi, di età compresa tra 5 e 17 anni, ai quali era stato chiesto di esprimere con un disegno la loro sintomatologia. Ne deriva una disamina non solo della descrizione del sintomo ma delle conseguenze che

questo determina sulla sfera affettiva, cognitiva e relazionale del bambino.

BIBLIOGRAFIA

1. Balottin V, Fazzi E, Poletti A: *L'evoluzione a lungo termine della V. P. B. I. da Alpini D. e Cesarani A. "diagnosi e trattamento dei disturbi dell'equilibrio nell'età evolutiva"*. II meeting, Milano 1990.
2. Basser LS: *Benign paroxysmal vertigo of childhood*. Brain, 1964; 87, 141.
3. Bergamini G, Guidetti G, Dallari S: *La vertigine nella sindrome ricorrente infantile. Considerazioni ed ipotesi patogenetiche a proposito di 14 casi*. Min. Ped. 34, 1, 1982.
4. Bickerstaff ER: *Basilar Artery Migraine* Lancet, 1961; 1, 15.
5. Bobath B, Bobath K: *Lo sviluppo motorio nei diversi tipi di paralisi cerebrale*, Ghedini, Milano, 1987.
6. Bussone G, D'Amico D: *La cefalea dell'età pediatrica*, da Alpini D e Cesarani A: Atti II meeting interdisciplinare, Milano 1990.
7. Bolasco P: *Ruolo dell'apparato vestibolare nello sviluppo dell'attività motoria del bambino*. Il Valsalva, 1983; 59, 109.
8. Britton BH, Block LD, Salem W: *Vertigo in the pediatric and adolescent age group*. Laryngoscope, 98, 139, 1988.
9. Castoin J, Lannou J, Reber A: *Maturation du système vestibulaire périphérique*. Da Toupet M. *Le vertige de l'enfant*. Ipsen, Paris, 1986.
10. Feeh RS, Finkel RS, Kesail DC: *Evaluation and management of dizziness in the pediatric patient*.
11. da Kaufman Arenberg (I ed): *Dizziness and balance disorders* Kugler Publications Amsterdam.
12. Fenichel GM: *Migraine as a cause of benign paroxysmal vertigo of childhood*, J. ped. 1967.
13. Friedmann E. *Sindrome pedriodica nei bambini, Le epilessie*. Gaggi, Bologna, 1976.
14. Guidetti G, Bianchini V, Bergamini G, Botti M, Barbieri L, Campagna A, Ghiaini A, Bruzzi M: *Studio clinico-statistico sulla cefalea e sulla vertigine nell'età evolutiva*. Oto-Rino-Laring. 1985; 35, 1.
15. Guidetti G: *Diagnosi e terapia dei disturbi dell'equilibrio*, Maparrese, Roma, 1997.
16. Hausler R, Toupet M, Guidetti G, Basser F, Montandon P: *Menière's disease in children*. Am. J. Otolaryngol. 8, 187, 1987.
17. Lanzi G, Balottin U, Fazzi E, Tagliasacchi M, Manfrin M, Mira E: *Benign paroxysmal vertigo of childhood: a long term follow up*. Cephalgia. 14, 458, 1994.
18. Lars Odkivist Investigation for vertigo in children. Da Alpini D. e Cesarani A. Atti II meeting interdisciplinare, Milano, 1990.
19. Manfrin MM, Manzoni M, Mira E: *Diagnosi differenziale delle turbe dell'equilibrio nel bambino*, Da Alpini D. e Cesarani A: Atti del II meeting interdisciplinare. Milano, 1990.

20. Mira E, Piacentino G, Lanzi G, Balottin U, Fazzi E: *Benign paroxysmal vertigo of childhood a migraine equivalent*. ORL 46, 97, 1984.
21. Ombredanne M, Aubry M. Syndrome de Menière chez un enfant de 12 ans. Section intracrânienne du nerf auditif depuis 3 ans. Bulletin Société Pédiatrie de Paris 38, 193, 1941.
22. Pollastrini L, Sagnelli M: *Patologia dell'orecchio in età pediatrica*, UTET, 1992.
23. Toupet M: *Le vertice de l'enfant*. Encyclopedie Medico Chirurgicale, 20-210-B-10-1995.
24. Vercelletto P: *Vertiges et migraine polaire nosologique des vertiges benino de l'enfant*, Revue oto-neur, 231, 1979.