

Il laringospasmo nell'infanzia: fattori di rischio e traiettorie evolutive

Breath-Holding Spells in childhood: risk factors and paths development

Riccardo Di Palma¹

Riassunto

Il bambino, spesso, utilizza il corpo come luogo e mezzo privilegiato per esprimere il proprio disagio e malessere interno; esso diviene il mezzo attraverso il quale il piccolo comunica con l'esterno per richiamare l'attenzione degli adulti o per esprimere una richiesta di accudimento e di ascolto. Il corpo è il veicolo d'importanti significati riguardanti la qualità dei propri legami affettivi e della strutturazione del Sé. La medicina psicosomatica studia il rapporto tra mente e corpo; stress prolungati sono all'origine delle cosiddette malattie psicosomatiche, classificabili come risposte miste, in cui spesso il soggetto è consapevole solo della sofferenza fisica, eludendo involontariamente la componente emotiva. Per quanto riguarda il bambino, più è piccolo e più avrà difficoltà a utilizzare il linguaggio per esprimere il proprio malessere. Lo scopo di questo studio è quello di analizzare in dettaglio un particolare disturbo psicosomatico: il laringospasmo. Numerose ricerche si sono susseguite nel tempo per spiegare l'eziopatogenesi di questo quadro clinico, molto interessanti sono stati i lavori di: Kreisler, Fain e Soulé (1976), che da punti di vista differenti sono riusciti ad inquadrare il laringospasmo nei suoi aspetti più peculiari, comprendendo così sia le ragioni sottostanti che portano il bambino alla "scoperta" di tale disturbo, sia i significati impliciti che sottendono ad esso. Altri studi hanno analizzato in modo sperimentale l'influenza del temperamento del bambino nell'eziopatogenesi di tale manifestazione clinica, aprendo una finestra sul comportamento manifesto del piccolo come campanello di allarme per i genitori, servizi sanitari e scolastici per la prevenzione.

Parole chiave: *laringospasmo; infanzia; psicosomatica; anoressia; forma cianotica; forma pallida; comportamento.*

Abstract

The child uses the body as a place and privileged means to express their distress and internal discomfort; it becomes the means through which the child communicates with the outside to draw the attention of adults or to express a request for care and listening. The body is the vehicle of important meanings regarding the quality of their emotional ties and the structuring of the Self. Psychosomatic medicine studies the relationship between mind and body; prolonged stress are at the origin of so-called psychosomatic diseases, classified as mixed responses, in which the subject is often aware only of the physical pain, unwittingly eluding the emotional component. As for the child, more it is small and more will have difficulty using language to express their discomfort. The purpose of this study to analyze in detail a particular disorder psychosomatic: Breath-Holding spells.

Several researches have followed over time to explain the etiology of this clinical picture, very interesting were the works of: Kreisler, Fain and Soulé (1976), which has different points of view were able to frame the Breath-Holding Spells in its aspects more peculiar, and thus covers both the underlying reasons that lead the child to the "discovery" of this disorder, both the implicit meanings that underlie it. Other studies have the child's temperament in the etiopathogenesis of this clinical manifestation, opening a window on the over behavior of the child as a wake-up call for parents, healthcare and education for prevention.

Key words: *breath-holding spells; infant; psychosomatic; anoxia; cyanotic; pallid; behavior.*

¹ Laureato in Psicologia

(Per la corrispondenza e-mail: dplrcr@hotmail.it)



Introduzione

L'espressione somatica è una tra le numerose forme attraverso le quali i disturbi di natura psicologica possono esprimersi clinicamente. Le altre due forme principali sono da una parte il comportamento e dall'altra la via psichica, attraverso un'espressione mentalizzata, per esempio nevrotica. La clinica psicosomatica dell'infanzia implica interventi pluridisciplinari che interessano, a titolo diverso, il pediatra, il medico, lo psichiatra, lo psicoanalista, lo psicologo, gli operatori sociali, gli educatori e molti altri. Un'attività interdisciplinare è condizione essenziale della ricerca e del trattamento (Kreisler, 1981).

Leon Kreisler fornì un inquadramento e una comprensione delle manifestazioni somatiche precoci, che caratterizzano i primi mesi di vita. Kreisler (1981) considera due vie di esplorazione possibili per analizzare tali fenomeni somatici: da una parte lo studio di come il lattante si manifesta attraverso diverse funzioni (quali: il sonno, le vocalizzazioni, l'alimentazione, ecc.); dall'altra lo studio di ciò che avviene tra la madre e il figlio. È la madre che rileva, attraverso il suo discorso e il suo comportamento, in quale atmosfera psichica il piccolo è collocato. Dunque si può affermare che la psichiatria del lattante è soprattutto la psichiatria delle relazioni. "Un lattante non esiste" (Winnicott, 1958), tant'è vero che la sua esistenza è mantenuta solo all'interno di una fusione simbiotica con la madre. Tutto il nostro avvenire psichico dipende dalla qualità di questa mescolanza primordiale; la nostalgia di essa, più o meno padroneggiata ci seguirà sempre (Kreisler, 1981). Il talento psicologico della madre, e del bambino, deriva in gran parte dalla capacità di realizzare un disimpegno progressivo da questa unità a due, che caratterizzerà le vicissitudini, gli stati e le difficoltà che portano al disturbo psicologico (Mahler, 1968, 1975).

Per Kreisler "la patologia psicosomatica comprende i disturbi organici, lesionali o funzionali, la cui genesi e la cui evoluzione riconoscono una componente psicologica prevalente". Questa definizione esclude i

danni corporei accidentali e autoaggressivi, così come le conseguenze delle violenze esercitate sui bambini (Kreisler, 1981). La patologia porta in modo evidente l'impronta dell'età, sia biologica che mentale; un'insonnia è fondamentalmente diversa secondo l'epoca della sua insorgenza e del suo periodo evolutivo. Le differenze sono tanto più accentuate e significative quanto più il bambino è piccolo. Ogni disturbo richiede un'analisi semiologica, interpretazioni e atteggiamenti terapeutici molto diversi a seconda che si collochi nel periodo neonatale, nel primo o secondo semestre, nella prima o seconda metà del secondo anno. L'idea centrale della concezione psicosomatica si riferisce alle relazioni tra l'equilibrio somatico e la qualità delle basi affettive della personalità. Nella fase primaria le istanze difensive, assicurate più tardi dall'Io, poggiano sulla gestione che ne fa la madre nell'interazione duale. A partire dal secondo semestre si possono discernere nel bambino gli indici di un proprio funzionamento mentale e di modalità strutturali esposte ai disordini psicosomatici, benché il funzionamento interattivo intervenga per molto tempo ancora. Così la genesi dell'economia psicosomatica nel corso dello sviluppo può essere considerata come passaggio dal funzionamento interattivo primitivo, all'elaborazione di difese psicosomatiche autonome che si costruiscono alla fine del secondo anno (Kreisler, 1981).

Il laringospasmo: fattori di rischio fisiologici

Il *Breath-Holding Spells* (BHS) ovvero il laringospasmo o spasmo affettivo, è stato descritto clinicamente sin dal 1700, il meccanismo che provoca tale disturbo non è tutt'oggi completamente compreso e probabilmente ha un'eziopatogenesi multifattoriale.

BHS causa apparentemente un'ipossia cerebrale acuta, che il bambino recupera spontaneamente dopo un periodo di incoscienza e talvolta dopo uno stato di opistotono (in medicina, si intende, quel particolare atteggiamento del corpo in iperestensione per la prevalente contrattura dei muscoli scheletrici

estensori sui flessori e quindi è uno stato di grave ipertensione e spasticità) (Wyllie, 2000). Lo spasmo affettivo può verificarsi in bambini con un normale sviluppo neurologico e, di solito, non ha alcun impatto sulla crescita del piccolo. La diagnosi si basa su una sequenza stereotipata di eventi clinici che vengono attivati da possibili fattori: un trauma lieve, uno stato emotivo agitato o una frustrazione, da cui segue il pianto che porta ad uno stato silenzioso di espirazione associato con cambiamenti di colore del viso e in seguito avviene la definitiva perdita di coscienza (Di Mario, 2001, 1992). Vengono descritte due manifestazioni cliniche dello stesso disturbo, che si differenziano, utilizzando aggettivi diversi, in base al colore che il viso del bambino assume durante l'episodio di apnea successivo alla fine dell'espirazione prolungata. Le due forme sono: pallida (forma pallida) o blu (forma cianotica); entrambi i tipi raramente possono verificarsi nello stesso bambino (tipo misto) (Di Mario, 2008; Moorjani, 1995). In generale, ciò che differenzia i bambini affetti da laringospasmo da quelli che non hanno mai manifestato tale sintomatologia ha ben pochi fattori statisticamente significativi nel determinare un'eziopatogenesi certa. Tuttavia vi sono alcuni domini che pur non essendo i fattori fisiopatologici primari, concorrono all'insorgenza di questo disturbo.

I fattori sono:

- "aritmia sinusale respiratoria" RSA (ovvero, una fisiologica oscillazione della frequenza cardiaca, in rapporto con le fasi del respiro, che nelle fasi di rallentamento può simulare l'assenza di un battito), la frequenza di RSA sembra significativamente correlata con la frequenza e gravità degli attacchi.
- ferritina sierica bassa (tale proteina è coinvolta nell'immagazzinamento del ferro nei globuli rossi) è associata significativamente con soggetti BHS ma non è correlata alla gravità degli attacchi (Guyatt, 1992; Di Mario, 1992).

Molteplici fattori precipitanti sono stati associati con gli attacchi, di cui, il "grido" è stato

l'evento più comune, precedente sia nella forma cianotica sia in quella pallida. Bassi livelli di ferritina sono associati con irritabilità e pianto eccessivo, che è il fattore scatenante la crisi più comune. Gli spasmi non sono intenzionali, ma rappresentano il risultato di un riflesso involontario che il bambino non è in grado di controllare.

Passeremo ora ad analizzare più in dettaglio le 2 forme di questo disturbo:

- *Reflex Anoxic Seizure* (RAS) "forma pallida": dovuta a bradicardia o asistolia vagale mediata. La forma pallida nei casi più gravi può essere considerata peggiore della forma cianotica, per via delle ripercussioni a livello cardiaco che scatenano la crisi che possono rendere necessaria la stimolazione cardiaca. L'anossia cerebrale della forma pallida è dovuta a una sincope per arresto cardiaco. Con la ripresa del ritmo cardiaco il ritorno alla coscienza è immediato.
- *Expiratory Apnea Syncope* (EAS) "forma cianotica": dovuta ad una desaturazione di ossigeno durante un periodo di apnea. L'apnea respiratoria fa parte del normale piangere di tutte le età, quando qualcuno è estremamente turbato e ha perso il controllo. A volte, nei neonati sensibili e nei bambini in età prescolare, l'apnea espiratoria è così prolungata che si verifica la perdita transitoria di coscienza. Tutto ciò avviene con il cuore ancora pulsante (in contrasto con la risposta vagale RAS). Il bambino poi si rilassa, c'è il ritorno del colore normale della pelle del viso, la respirazione diventa più evidente e può accadere che il piccolo si addormenti direttamente in un sonno profondo "post-ictale". Il meccanismo dell'anossia in questa forma è più complesso: nella fase iniziale di grida e di singhiozzi il bambino provoca una iperpernea intensa e di conseguenza una ipocapnia (stato di ridotta concentrazione di anidride carbonica nel sangue) da iperventilazione, con le sue

conseguenze sul piano cerebrale (vasocostrizione cerebrale). Successivamente gli ulteriori fenomeni si svolgeranno dunque su un cervello in qualche modo “preparato”; al momento dell’arresto respiratorio, basterebbe una modesta desaturazione d’ossigeno per provocare l’asfissia.

L’EEG mostra un tracciato tipico dell’anossia cerebrale, derivante spesso da una causa emozionale: rallentamento diffuso dell’attività elettrica delle onde theta e poi delta che può sfociare nel silenzio elettrico. Dunque fondamentali sono gli esami diagnostici da effettuare sul bambino, in particolare un ECG per verificare la presenza di un asistolia. Anche i frequenti attacchi non danneggiano il bambino, fisicamente, evolutivamente (cognitivamente) o psicologicamente.

Questo è ciò che avviene a livello fisiologico, ora prenderemo in esame le teorie, gli studi e la pratica clinica di coloro che hanno descritto tale disturbo negli aspetti fisiologici, psicologici e comportamentali.

Psicodinamica del laringospasmo: tre prospettive

Léon Kreisler, psicoanalista, pediatra e psichiatra infantile francese, fu pioniere nello studio e classificazione dei disturbi psicosomatici dei bambini. Facente parte della *Scuola di Parigi*, insieme ai suoi colleghi, riuscì a stilare una tassonomia dei disturbi psicosomatici nell’infanzia, tra i quali si annovera il laringospasmo. Kreisler definisce il laringospasmo come “modello gelato del grido” in quanto immagine di affetto represso. Afferma che è una forma amplificata del deliquio e del respiro interciso che interrompe il grido in molti bambini piccoli. Questo disturbo non è né comiziale (epilettico), né spasmofilico (stato patologico di ipertensione). Kreisler, in accordo con gli aspetti fisiologici del BHS, compie una distinzione tra le due forme del disturbo, affermando che:

- 1) la forma cianotica o blu, ha una frequenza maggiore di casi, si manifesta in occasione di una contrarietà, di un rimprovero, di un rifiuto che provoca la collera, di un dolore; il bambino si mette a singhiozzare rumorosamente, la respirazione diventa sempre più rapida e dopo un’ultima scossa con *stridor* e senza ripresa, il torace si blocca in ispirazione forzata e in apnea. Viene così a verificarsi una cianosi, e il bambino perde coscienza. L’attacco può sfociare in una convulsione per lo più tonica, con eventuali scosse cloniche, con o senza perdita dell’urina. La durata della pausa respiratoria va da qualche secondo a un minuto, nelle forme gravi. I fenomeni convulsivi sono meno frequenti nella forma blu che nell’altra. Sembrano più colpiti bambini energici, attivi, con tendenze di opposizione e ad andare in collera per i motivi più futili.
- 2) la forma *pallida* rappresenta, secondo Lombroso, il 19% dei casi. La causa che la provoca è sensibilmente diversa. Si tratta spesso di un dolore (per esempio in occasione di un trauma, soprattutto i colpi alla testa), o di un’emozione (la paura); in generale si tratta di una circostanza di sgradevole sorpresa. Quasi all’improvviso o dopo un grido che è breve e appena abbozzato, il bambino diventa subitaneamente pallido e cade in sincope. La convulsione, che è frequente, sopravviene quasi subito. I bambini che manifestano questo disturbo possono essere descritti come: emotivi, paurosi, timidi e dipendenti.
- 3) la forma *mista*, è caratterizzata da una successione di fasi *blu* e *pallida*, difficili da classificare.

Quale che sia il tipo, la crisi è sempre breve, da qualche secondo a un minuto. La ripresa di coscienza avviene rapidamente, e il bambino è un po’ abbattuto; talvolta s’addormenta. Quando riprende la sua attività sembra aver dimenticato la contrarietà iniziale. Talvolta si rimette a gridare subito, ma allora la crisi non è recidiva.

Il ritmo delle crisi è variabile; alcune sono molto episodiche, altre quotidiane e pluriquo-

tidiane. Molto spesso si producono in condizioni analoghe, o identiche, di scatenamento. Una crisi convulsiva di cui si riconosce sempre una causa che l'ha provocata, ha tutte le probabilità di essere un laringospasmo e non una crisi epilettica, quale che sia la forma della convulsione, anche se è lateralizzata. Lo spasmo del piccolo lattante è già sempre provocato. La maggior parte dei laringospasmi scompaiono spontaneamente nel corso del terzo anno. Il laringospasmo si verifica sempre all'interno di una situazione relazionale e questa situazione è specifica per uno stesso bambino.

Il disturbo è sovente elettivo nei riguardi della famiglia e addirittura nei riguardi di una determinata persona, di solito la più debole o la più impressionabile, la madre o la nonna. È abbastanza raro che il medico possa essere testimone di una crisi, anche se il bambino ha uno scatto di collera durante l'esame. È altrettanto sicuro che le crisi aumentano di frequenza con lo stesso ritmo con cui si accresce l'inquietudine della famiglia; quest'ultima arriva al punto di non osar più contrariare il bambino e di abdicare a ogni autorità (Kreisler, Fain, Soulé, 1974).

La crisi viene sentita come una minaccia di morte. Il bambino è l'oggetto di pratiche di rianimazione: aspersione d'acqua fredda, eccitazioni cutanee, respirazione artificiale (bocca a bocca). Non meno singolare è l'azione spesso determinante del medico quando ha potuto rassicurare la famiglia e convincerla a mostrare indifferenza di fronte alla crisi e a riprendere una normale azione educativa, ciò fa cessare il disturbo.

Il laringospasmo appare come la brusca interruzione di un sentimento spiacevole. La crisi è dovuta ad una sorta di scacco dei mezzi di recupero attraverso i quali in condizioni abituali il bambino supera le situazioni spiacevoli; il più consueto di questi mezzi è la crisi regressiva, sotto forma di grida e di singhiozzi. La perdita di coscienza cancella all'un tempo uno stato affettivo penoso e l'ambiente che ne è stato responsabile. Il bambino si lascia cadere nell'incoscienza come in una trappola in cui sfugge al dispiacere e alla realtà. Non per caso è stata evoca-

ta l'analogia con l'isteria. Ciò tiene conto delle caratteristiche del bambino di due anni. La crisi è anche un eccellente mezzo di manipolazione dell'ambiente circostante. Ne risulta nel bambino un'intolleranza crescente alla frustrazione, con tutte le sue conseguenze e principalmente l'insediamento nel ruolo di un piccolo tiranno. La scomparsa delle crisi avviene dopo un cambiamento dell'ambiente in cui il bambino vive. Il laringospasmo si distingue in modo particolare per un'improvvisa disorganizzazione secondo una modalità somatica (Kreisler, Fain, Soulé, 1974). Esso è dovuto all'introiezione dell'oggetto con una sconfitta dei meccanismi di rimozione. Numerosi studi (Launay, 1949; Kreisler, 1981) hanno osservato altri disturbi funzionali essere associati al laringospasmo, che sopraggiungono in coincidenza, o piuttosto in successione; l'anoressia e più ancora l'insonnia sono i disturbi più osservati.

Michel Soulé, psicoanalista, psichiatra neonatale e pioniere della *psicoanalisi precoce*, propone una descrizione del laringospasmo da un punto di vista alternativo. Il sopraggiungere della perdita di coscienza rapida, a sua volta seguita da convulsioni spasmodiche, sembra avere il valore di una *scarica organica*.

Le descrizioni cliniche riferite da Kreisler (Kreisler, Fain, Soulé, 1974) contengono espressioni e locuzioni che si rifanno a un'analogia fra laringospasmo e scarica organica. Nel processo del laringospasmo si ritrovano rappresentate le diverse fasi: i movimenti respiratori e i periodi d'apnea, ritmati dalla collera si fanno man mano più intensi e realizzano un'ampiezza crescente per raggiungere una sensazione (asfissia, senso di ebbrezza) che scatenerà il desiderio orgiastico; quest'ultimo si esprime nella perdita di coscienza e nelle scariche convulsive che esauriscono tutto il sovrappiù di tensione.

Questo abbozzo di scarica motoria nelle convulsioni conduce a un completo allentamento; il bambino si addormenta o ritorna a essere calmissimo; prima di un certo lasso di tempo, talvolta prima di molti giorni, non

può trovare uno stato di eccitabilità sufficiente (periodo refrattario) per ricostituire un nuovo laringospasmo. Come un amante riappacificato e scaricato dal suo orgasmo, ha dimenticato i precedenti motivi della sua collera e del suo risentimento, che tuttavia avevano innescato tutto il processo (Kreiser, Fain, Soulé, 1974).

Soulé giunse ad affermare che il laringospasmo è:

- 1) una manifestazione di autoerotismo;
- 2) gli altri modi di autoerotismo nel bambino beneficiano solo del piacere ritmico di una zona erogena primaria o resa secondaria, come se, a quest'età, non esistesse la scarica orgastica, o potesse essere raggiunta solo nella sfera orale (fame, poppata, soddisfazione, addormentamento).

Anche in altri disturbi troviamo l'*organizzazione prematura* di complessi meccanismi autoerotici, destinati a mascherare alcune insoddisfazioni nel rapporto madre-bambino (Kreiser, Fain, Soulé, 1974). Glover, afferma, che l'esistenza di una perversione favorisce il mantenimento di un certo senso di realtà; in seguito questa perversione, può evolvere verso nevrotizzazioni o in carattere perverso (Bouvet, 1975). Soulé (Kreiser, Fain, Soulé, 1974), a proposito della forma pallida, nota alcune similitudine con altre forme di comportamento; ovvero, questa sintomatologia non è altro che il comportamento che altre specie mostrano quando reagiscono ad un aggressore, e che consiste nel fingersi morti di fronte al pericolo, il *simulacro di morte*. Così nel laringospasmo il trauma dell'aggressione, della frustrazione o dell'ostacolo inatteso, assumono il valore di aggressore e il bambino fugge da esso con la perdita di coscienza.

Michel Fain, psicoanalista e fondatore dell'*Istituto di psicosomatica di Parigi*, osserva che il laringospasmo rappresenta essenzialmente una repressione di affetto, che realizza una brusca estinzione dell'affetto per mezzo della regressione.

Sulla scia di Soulé, Fain sviluppa il suo pensiero sulla base delle due tematiche proposte:

della *scarica orgastica* e del *simulacro di morte*. Il laringospasmo, per Fain, non è una manifestazione autoerotica in cui il bambino rimane solo; è un coito in una relazione con un altro e dunque il laringospasmo realizza un *simulacro di coito* (Kreiser, Fain, Soulé, 1974). Secondo Fain il laringospasmo di forma cianotica sarebbe una manifestazione di mascolinità, mentre quello di forma pallida di femminilità; l'uno con l'Edipo positivo, l'altro con l'Edipo rovesciato.

Passeremo ora agli aspetti più significativi di questo disturbo.

La caratteristica propria del bambino che sta per realizzare un laringospasmo è di non prendere respiro perché, per lui, riprenderlo significherebbe riconoscere che glielo avrebbero preso, cioè dover tener conto di una realtà fisiologica più potente del suo potere megalomane. Per il bambino riprendere il respiro è un punto debole in cui lo aspetta l'adulto per trionfare. Nel momento stesso in cui continua a trattenere il respiro, il piccolo entra nel processo che lo porterà allo spasmo e trasgressione delle leggi vitali (Kreiser, Fain, Soulé, 1974). Le sindromi respiratorie, in patologia, sono di natura nevrotica (Kreiser, 1981). Gli utili secondari non possono spiegare l'apparizione del disturbo stesso e, in ogni caso, non la prima crisi poiché né il bambino né i genitori sanno cosa sarà e che effetto potrà avere.

Come detto in precedenza, il laringospasmo non si produce mai in assenza di testimoni, numerose osservazioni hanno mostrato che le possibilità di agire sulle persone circostanti appaiono assai presto: la gravità apparente del sintomo e il *simulacro della morte* realizzano l'effetto che meglio può impressionare i familiari. Un beneficio così massiccio non può non contribuire al desiderio di ricominciare per ottenere lo stesso effetto. Il *simulacro di morte* è il mezzo di ricatto che il bambino può utilizzare e di cui non si priverà, al fine di costringere i suoi familiari a una tolleranza infinita di fronte alle sue pretese, tolleranza destinata ad evitargli ad ogni costo delle collere le cui conseguenze sono pericolose per la sua esistenza. Il bambino ristabilisce

così in un certo qual modo il suo potere megalomane, anche se non soddisfatto totalmente perché gli è necessario passare attraverso un sintomo, quindi è una megalomania riparata e non più intangibile come durante tutto il primo tempo del narcisismo primario. Molto importante nell'eziologia del disturbo è la carenza del ruolo paterno. Gli interventi del pediatra che mirano a calmare l'angoscia della madre, a spiegarle che non bisogna temere la morte e che bisogna lasciar fare al bambino la sua crisi senza intervenire e anzi girandosi e accudendo alle proprie faccende in un'altra stanza, fa sì che tale disturbo scompaia (Kreisler, Fain, Soulé, 1976).

L'osservazione clinica e alcuni rapporti aneddotici suggeriscono che i bambini con laringospasmo presentano alcuni tratti temperamentali i quali li predispongono a comportarsi in un certo modo. Sembra che abbiano una bassa tolleranza alle frustrazioni. Il piano vigoroso, attraverso vari meccanismi, precipita in un BHS (Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayathini, 2008). In questo scenario ci si può aspettare che l'essere genitori di un bambino con BHS è probabilmente più difficile che essere genitori di un bambino normale.

Uno studio, volto a valutare lo stress sulle madri di bambini affetti da laringospasmo, conclude che quest'ultime sviluppano disagi nella costruzione dell'immagine di sé, nella messa in discussione delle proprie capacità genitoriali e nel vivere il loro figlio come una fonte di rinforzo positivo minore (Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayathini, 2008).

Il temperamento è un insieme di tratti innati che organizzano l'approccio del bambino al mondo e che sono determinanti per lo sviluppo della personalità. Anche se il carattere è una disposizione innata di un individuo, il corso successivo viene determinato da una complessa interazione con l'ambiente. Se i bambini con laringospasmo hanno un temperamento difficile, i genitori possono avere bisogno di adattare e adeguare le loro strategie genitoriali alle caratteristiche temperamentali del bambino. Tecniche genitoriali adeguate possono rivelarsi utili nel plasmare il comportamento difficile di questi bambini, e ciò

può ridurre lo stress gravante sulle figure di accudimento (Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayathini, 2008).

Ricerca sulle caratteristiche temperamentali dei bambini con laringospasmo

A tale proposito può risultare utile ricordare lo studio di Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayanthini (2002), nel quale lo scopo principale è stato quello di esplorare le caratteristiche temperamentali dei bambini con laringospasmo confrontandoli con bambini sani. Il campione comprendeva 60 bambini di età compresa tra 1 e 4 anni, ed è stato diviso in due gruppi. Il primo gruppo, sperimentale, era formato da 30 bambini che mostravano spasmi affettivi definiti consecutivi durante lo studio dal *Child Guidance Clinic*. I criteri di inclusione prevedevano che i bambini dovessero avere un'età compresa tra 1 e 4 anni, e che dovessero manifestare tale sintomatologia per almeno 3 mesi. I criteri di esclusione, invece, riguardavano la non presenza di alcuna malattia cardiaca congenita, nessun'anomalia del sistema nervoso centrale e nessuna malattia medica cronica. Il secondo gruppo, di controllo, era formato da bambini di sesso abbinati, appartenenti al medesimo gruppo socio-economico come il gruppo sperimentale.

Lo studio ha avuto luogo nel "Child Guidance Clinic, Institute of child health, Madras Medical College, Chennai", nel periodo di settembre e ottobre 2002. Il consenso scritto è stato ottenuto da tutti i genitori dei 60 bambini dopo aver spiegato lo studio. I seguenti strumenti sono stati applicati ai genitori: il primo, "A semi structured proforma", questo strumento è stato compilato per la registrazione di variabili socio demografiche e i dettagli circa la sintomatologia BHS; il secondo, "Temperament measurement schedule" (TMS). Questa scala, ideata da Savita Malhotra nel 1995, è stata utilizzata per misurare il temperamento dei bambini indiani, inoltre ha subito alcune modifiche e traduzioni per essere adattata a bambini di età prescolare. La TMS misura 9 variabili del tem-

peramento: avvicinamento-ritiro, adattabilità, reattività, umore, persistenza, attività, intensità e distraibilità. Si compone di 45 item (5 item per ciascuna delle 9 variabili) valutati su una scala a 5 punti. I punteggi minori di 3 hanno una connotazione negativa e quelli superiori di 3 hanno una connotazione positiva. I punteggi medi di ciascuna scala di variabili sono stati calcolati dividendo il punteggio totale per 5. Le 9 variabili temperamentali sono state ridotte a 5 dimensioni o fattori: Fattore 1, la socievolezza si compone di 3 variabili: avvicinamento-ritiro, adattabilità e reattività; Fattore 2, è costituito da 2 variabili: umore e persistenza; Fattore 3, che tratta il livello di energia, è costituito da: livello di attività e intensità delle relazioni; Fattore 4, è composto da una sola variabile: distraibilità; Fattore 5, è costituito anch'esso da una sola variabile: regolarità. Il tempo di somministrazione, necessario a completare l'intervista e la TMS è stato di 30-40 minuti.

I punteggi nei due gruppi sono stati confrontati con il test di Mann-Whitney, un test non parametrico, utilizzando SPSS. Entrambi i gruppi contavano 17 bambini e 13 bambine. Nel gruppo sperimentale, dove c'erano i bambini che mostravano BHS, il più piccolo ad avere tali attacchi aveva 12 mesi e il più grande 46 mesi. *La maggior parte di essi (57%, n=17) era nella fascia di età compresa tra i 12 e 24 mesi.* Solo 4 bambini avevano un'età compresa tra i 36 e 48 mesi, mentre il resto dei bambini (30%, n=9) avevano un'età compresa tra 24 e 36 mesi. *Dunque nella maggior parte dei casi, 40% di loro, l'insorgenza di BHS si verificava entro i primi 6 mesi di vita, nel 23% tra i 7 e i 12 mesi, mentre nel restante 26,7% la prima esperienza di BHS si collocava tra i 13 e i 24 mesi.* L'insorgenza di BHS dopo i 2 anni di età costituisce solo il 10% dei casi. I bambini sono stati classificati in 3 gruppi in base alla frequenza degli attacchi: giornaliera, settimanale o mensile. *La maggioranza dei bambini ricade nel gruppo a frequenza settimanale con il 40% (n=12), seguito dal gruppo mensile con il 33% (n=10), mentre la categoria giornaliera ricade nel 27% dei casi.* Tra i bambini del gruppo sperimentale, solo uno aveva il

valore dell'emoglobina (Hb) superiore 11 g%, i restanti avevano tutti un livello di emoglobina nella gamma anemico (il ruolo della ferritina sierica è stato già spiegato nella fisiopatologia del laringospasmo scritta in precedenza). La maggior parte dei BHS (88,9%) avevano livelli di emoglobina tra 7 e 11 g%, mentre il 7% dei casi ha mostrato un livello di emoglobina inferiore a 7 g. Tutti i bambini erano sottoposti alla terapia di ferro, un trattamento comune e riconosciuto per BHS.

I risultati mostrano come i bambini con laringospasmo hanno una bassa soglia di reattività in confronto al gruppo di controllo e tale differenza è statisticamente significativa con un valore di $p < .001$. Ciò si riflette anche nella dimensione socievolezza, che è il Fattore 1, con valore di $p < .05$, che esprime la natura sensibile dei bambini.

Nello stesso studio si sono osservati, come detto in precedenza, i risultati sui tratti temperamentali sia nel gruppo sperimentale che di controllo. *Nel gruppo sperimentale, i bambini tendono ad essere arrabbiati, infastiditi, irritati e insoddisfatti, segnando un punteggio minore nella scala della variabile umore, rispetto al gruppo di controllo.* Questa differenza è risultata essere statisticamente significativa.

Il punteggio riguardante la dimensione dell'energia era maggiore per il gruppo sperimentale, che ha mostrato punteggi alti sulle variabili costitutive, "livello di attività" e "intensità delle reazioni", che riflette la loro alta energia psichica e fisica nel comportamento e le reazioni agli stimoli ambientali. Punteggi più alti nella dimensione "energia" e "intensità delle reazioni" sono significativi $p < .001$, come anche il punteggio più alto sulla variabile "livello di attività" temperamentale è significativo $p < .05$. Il gruppo sperimentale è risultato meno significativo sul Fattore 4, che contiene una sola variabile temperamento "distraibilità". Ciò significa che può essere difficile, persino con l'umorismo, aiutare questi bambini a distogliersi dal loro cattivo umore a differenza dei bambini normali, essi dunque sono risultati essere meno distraibili anche se interessati ad un'altra attività. I

bambini appartenenti al gruppo di controllo erano ben regolati, segnando un punteggio alto sulla dimensione “regolarità” rispetto al gruppo sperimentale, che mostrava, invece, come le routine quotidiane come dormire e mangiare fossero irregolari.

L’analisi statistica ha evidenziato che nessun’associazione potrebbe essere fatta tra la frequenza degli spasmi, l’età d’insorgenza e livello di emoglobina, con le variabili temperamentali del gruppo sperimentale. Come detto in precedenza, il “temperamento” si riferisce allo stato d’animo tipico, all’attività, reattività ed emotività dell’individuo. Molti studi hanno dimostrato che i neonati hanno una notevole variazione del carattere. Inoltre, il singolo modello di reazione specifico appare nei primi mesi di vita, persiste in una forma stabile anche dopo e influenza significativamente la natura delle risposte del bambino a tutti gli eventi ambientali.

Dallo studio si evince che i bambini con laringospasmo sono molto sensibili di natura. Le madri di questi bambini, infatti, hanno riferito che i loro figli erano facilmente disturbati e infastiditi dal rumore e da leggere spinte da parte di altri bambini durante il gioco, un dato che riflette la “bassa soglia di reattività” a spiacevoli inconvenienti. Inoltre tali caratteristiche li rendono meno socievoli rispetto ai bambini senza BHS, che tendevano a prendere le cose con facilità o ignoravano eventi spiacevoli. È interessante notare che i bambini con spasmi affettivi non hanno mostrato alcuna differenza, rispetto ai bambini sani, “nell’avvicinamento ritiro” e “adattabilità”, e si sono comportati in modo simile al gruppo di controllo quando si avvicinavano a loro degli estranei e nel socializzare con altri bambini. In un altro studio, i ricercatori hanno dimostrato che l’80% dei bambini con laringospasmo avevano sentimenti di “frustrazione o rabbia” come fattori scatenanti gli attacchi. Si può anche sostenere che questi due fattori, in parte, riflettono semplicemente il temperamento di base dei bambini che presentano gli spasmi affettivi. La propensione a essere facilmente frustrati, a sua volta, riflette l’alta sensibilità o bassa soglia di tolleranza

dei bambini con laringospasmo, confermando indirettamente questi risultati.

Le madri di bambini con BHS, spesso, descrivono i loro figli come infastiditi, scontenti e potenzialmente arrabbiati, in uno stato emotivo negativo. Questo è stato notato dalle madri che riferivano comportamenti dei loro figli che li portavano a risse frequenti o nell’essere infastiditi mentre parlavano con gli altri bambini. Al contrario, i bambini normali evitavano scontri e conflitti con altri compagni di gioco, e nei casi in cui fossero rimasti infastiditi, lo erano solo per un breve periodo (Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayathini, 2008).

I bambini con laringospasmo hanno ottenuto punteggi significativamente bassi nella dimensione “distraibilità”, manifestando una certa difficoltà ad uscire da qualsiasi stato emotivo negativo anche quando consolati dalle loro madri. Questo naturalmente ha fatto sì che i loro genitori adottassero misure eccessive per compiacere questi bambini, alterando ulteriormente i confini all’interno del nucleo familiare. È emerso un aspetto interessante in questo studio, ovvero che, se i bambini con laringospasmo sono interessati ad una qualsiasi attività o nel gioco, essi non saranno facilmente disturbati e tenderanno a ignorare i richiami da parte delle loro madri. I bambini normali, al contrario, possono facilmente essere rasserenati e rispondono meglio ai richiami della madre durante il gioco. Dunque, si può ipotizzare che, i bambini con BHS hanno una “tendenza a rimanere” nei loro stati emotivi di punta.

I bambini senza BHS sono risultati ben regolati nelle abitudini alimentari, nel sonno e nei bisogni fisiologici del corpo, che rendono il lavoro del caregiver più facile. Al contrario, i bambini con laringospasmo hanno scarsa “regolarità” in tutte queste funzioni biologiche che rendono un po’ difficile il lavoro sia dei caregiver che degli operatori sanitari.

I risultati di questo studio suggeriscono anche che i bambini con BHS hanno “un’alta attivazione” in qualsiasi attività, essendo più intensa rispetto al gruppo di controllo, essi sono stati spesso descritti come “in fuga costante”. Il punteggio “sull’intensità delle rea-

zioni” era superiore ai bambini normali e li faceva divertire ed esprimersi bene in ambiente positivo. Allo stesso tempo, la loro intensità di reazioni negative, come esprimere rabbia attraverso il pianto o manifestazioni d’ira, mostrava un alto livello di attivazione in caso di delusioni, aggiungendo una considerevole quantità di stress alle madri.

I risultati di questo studio sono in linea con altri, dove i ricercatori hanno trovato che bambini con laringospasmo differiscono in modo significativo sulla distraibilità/iperattività, adattabilità e tendenza a chiedere, pur avendo usato una scala diversa (*Parent Stress Index*). Il primo dominio di questa scala ha valutato le caratteristiche del bambino e il ruolo del temperamento così come il comportamento del bambino. È interessante notare che un altro studio non ha trovato differenze statisticamente significative nei profili comportamentali tra i bambini con BHS e bambini del gruppo di controllo.

Questo studio ha dimostrato che i bambini che soffrono di spasmi affettivi sono diversi dagli altri, essendo più sensibili, reagendo in modo drammatico e intenso a qualsiasi ambiente negativo e con scarsa regolarità delle funzioni biologiche.

Come sappiamo la crescita del bambino è un processo attivo, che vede la partecipazione attiva di entrambe le parti, genitoriale e filiale, e che rende necessari costanti aggiustamenti al fine di raggiungere uno stile relazionale efficace tra loro. I risultati della ricerca suggeriscono che è più probabile che l’esperienza dei genitori con figli affetti da laringospasmo, potrebbe non essere così facile come l’esperienza dei genitori con bambini normali. Nella nostra cultura, nella maggior parte delle famiglie, la madre si sente essere la responsabile principale, percependo più responsabilità e aspettative nell’educazione dei figli. In questo contesto, si può intuire che le madri sono sottoposte ad una condizione di stress molto alta. Ciò può causare loro lo sviluppo di uno stile genitoriale disfunzionale, nel tentativo “di evitare lo scatenarsi del laringospasmo e comportamenti difficili da parte del bambino”. Ad esempio, possono facilmente cedere a richieste irragionevoli dei

loro figli, piuttosto che imporre limiti. Per i bambini con spasmi affettivi la frequente indulgenza materna, caratterizzata da risposte di tipo “gratificazione immediata”, diviene motivo di rinforzo per comportamenti inflessibili, riducendo la possibilità di sviluppare competenze adattive positive e plasmare così il loro temperamento. È importante educare le mamme che il laringospasmo è una condizione medica benigna, che può consentire loro di applicare limiti precisi nell’educazione del bambino, piuttosto che passare ad uno stato d’ansia, con conseguente benevolenza e adattamento, che rafforza ulteriormente i problemi comportamentali del piccolo. I professionisti, quando possibile, devono insegnare semplici tecniche comportamentali, come il rinforzo positivo del comportamento desiderato e lo stare attenti quando questi bambini esibiscono comportamenti irremovibili. Tutti gli altri adulti della famiglia dovrebbero essere incoraggiati ad avere un approccio uniforme nel metodo di comportamento, per essere più efficace e di lunga durata.

Ulteriori ricerche in questo campo, focalizzate sul perdurare delle difficoltà temperamentali in adolescenza e nella vita adulta, sarebbero utili. In questo caso, sarebbe interessante studiare gli effetti dei primi interventi orientati sul comportamento in età più avanzata dei bambini con BHS (Subbarayan, Ganesan, Anbumani e Jayathini, 2008).

Indicazioni per il trattamento

Le indicazioni per il trattamento di questo disturbo suggeriscono un cambiamento a livello delle relazioni nel nucleo familiare, per portarlo all’estinzione. La consultazione terapeutica, termine coniato da Winnicott, è un intervento unico e molto limitato nel tempo, ridotto ad alcune sedute necessarie al chiarimento del caso e all’azione psicoterapeutica programmata; è uno strumento utile e necessario per approfondire le ragioni che hanno portato alla manifestazione di questo disturbo.

Nella consultazione terapeutica, l’età d’insorgenza del disturbo conferisce un pri-

mo orientamento anche per i mezzi di indagine e di trattamento utilizzati. In generale la principale attenzione terapeutica è rivolta ai fenomeni dell'interazione. A partire dal secondo semestre, benché il funzionamento interattivo sia ancora prevalente, emergono gli indici di un primo funzionamento mentale autonomo e di eventuali alterazioni di esso proprie del lattante.

L'esame psichiatrico del lattante si svolge in una relazione triangolare genitore-bambino-osservatore, ha lo scopo di valutare la patologia del lattante, la madre, che contiene, beninteso, lo statuto paterno, l'interazione madre-bambino, il padre, la costellazione familiare, la sua struttura individuale e sociale, e l'economia del suo funzionamento. L'interazione è un indice significativo della relazione madre-bambino su un doppio versante: fenomenologico, concreto, osservabile da un lato, fantasmatico dall'altro. La possibile efficacia in una terapia breve dipende da quanto sono modificabili, a breve termine, queste influenze patogene.

Fondamentale è il ruolo dell'alleanza terapeutica, indispensabile nelle terapie brevi. Le modalità tecniche del lavoro sull'interazione variano a seconda dei diversi principi teorici da cui derivano, psicodinamici o comportamentali o di terapie familiari secondo la teoria sistemica. Le tecniche di intervento sull'interazione, mirano a modificare i fenomeni oggettivi osservati, senza tener conto del loro significato; esse si basano sul principio di un'azione sull'*interazione reale* tralasciando deliberatamente la sua carica fantasmatica. L'intervento psichiatrico, indotto dal pediatra, si conclude con un ritorno al pediatra. Questo esito fa parte integrante del progetto psicoterapeutico a breve scadenza (Kreisler, 1981).

Conclusioni

Winnicott (1958): "Lo schema corporeo, con i suoi aspetti relativi al tempo ed allo spazio, costituisce una descrizione valida della rappresentazione che l'individuo ha di se stesso senza che, come credo, l'intelletto vi occupi un posto evidente".

Il laringospasmo è un disturbo che si colloca nel momento esatto in cui il bambino incomincia a costruire le prime rappresentazioni mentali del proprio mondo esterno e di sé stesso, e la sintomatologia che lo colpisce mostra, con evidenza, il riflesso del mondo psicologico del piccolo sul suo corpo.

Si è ampiamente discusso sul significato, l'utilizzo e la cura di tale sintomatologia, ciò che manca ancora oggi è l'influenza che questo disturbo può avere, anche dopo la sua remissione, nello sviluppo psicologico futuro, soprattutto nell'età adulta.

Ci si chiede se tale sintomatologia possa avere un ruolo determinante nell'insorgenza di alcune patologie psichiatriche, come: nevrosi o psicosi; senza trascurare anche l'influenza su possibili patologie o fragilità organiche.

Non si può che continuare a citare Winnicott (1958): " Cerchiamo perciò di pensare all'individuo in via di sviluppo partendo dall'inizio. Ecco un corpo: la possibilità di distinguere la psiche dal soma dipende unicamente dal punto di vista dal quale ci si pone. Si può considerare il corpo che si sviluppa o si può considerare la psiche che si sviluppa. Suppongo che qui il termine psiche significhi *l'elaborazione immaginativa delle parti somatiche dei sentimenti e delle funzioni*, cioè della vita fisica. Sappiamo che quest'elaborazione immaginativa dipende dall'esistenza e dal sano funzionamento del cervello, di certe sue parti in particolare. L'individuo tuttavia non sente la psiche localizzata nel cervello, e forse nemmeno localizzata in qualche altra parte. Gradualmente gli aspetti psichici e somatici della persona che cresce si trovano coinvolti in un processo di mutui rapporti. Questa interrelazione della psiche e del soma costituisce una fase primitiva dello sviluppo dell'individuo. In uno stadio successivo il corpo vivente, con i suoi limiti, e con un dentro ed un fuori, è sentito dall'individuo come il nucleo del Sé immaginativo. Lo sviluppo fino a questo stadio è estremamente complesso, e, sebbene possa essere assai completo in un bambino di pochi giorni, esistono tuttavia numerose occasioni di distorsione del suo corso naturale. Per di più, tutto ciò che si applica a questi stadi

molto precoci si applica pure, in una certa misura, a tutti gli stadi, anche a quello che chiamiamo maturità adulta”.

Bibliografia

- Bouvet, M., (1968). La clinique psychanalytique. La relation d'objet, In N. Sacha (Ed.). *La psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France (trad. it. *La psicoanalisi contemporanea*. Roma: Newton Compton, 1973).
- DiMario, F. J. (1992). Breath-holding spells in childhood. *Am J Dis Child*, 146 (1), 125-131.
- Di Mario, F. J. & Burlison, J. A. (1993). Behavior profile of Children with severe breath holding spells. *Pediatrics*, 122 (3), 488-91.
- Di Mario, F. J.. (2001). Prospective study of children with cyanotic and pallid breath holding spells. *Pediatrics*, 107 (2), 265-269.
- Fain, M. (1969). Réflexions sur la structure allergique. *Rev. Franc. Psychanalyse*, 33(2), 226-241.
- Fain, M. & Kreisler, L. (1970). Genèse de la fonction représentative. *Rev. franc. Psychanalyse*, 34 (2), 285-306.
- Gaddini, E. (1980). Note sul problema mente-corpo. *Presentato al Centro Psicoanalitico di Bologna*, 13 settembre 1980.
- Goldman, R. D. (2015). Breath-holding spells in infants. *Canadian Family Physician*, 61 (2), 149–150.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Ali, M., Willan, A., McIlroy, W., & Patterson, C. (1992). Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia. *Journal of general internal medicine*, 7 (2), 145-153.
- Hudagolu, O., Dirik, E., Yis, U. & Kurul, S. (2006). Paental attitude of mothers, iron deficiency anemia, and breath-holding speels. *Pediatr Neurol*, 35 (1), 18-20.
- Kreisler, L. (1981). *L'enfant du désordre psychosomatique: recontres cliniques*. Privat.
- Kreisler, L. (1981). Résurgence d'une problématique fraternelle de la mère dans la clinique psychosomatique de l'enfant. In M. Soulé, (Ed.). *Frères et soeurs*. Paris: Les Editions Paris, 1981.
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1974). *L'enfant et son corps. Etudes sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. Paris: Presses Universitaires de France (trad. it. *Il bambino e il suo corpo. Studio sulla clinica psicosomatica del bambino*. Roma: Astrolabio, 1976).
- Kreisler, L. & Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *La Psy-chiatrie de l'enfant*, 24 (1), 223-263.
- Launay, Cl. (1949). Reflexions sur le spasme du sanglot. *Le nourrisson*, 37, 6, 233-241.
- Lombroso, C. T. & Leman, P. (1967). Breath holding spells (cyanotic and pallid infantile syncope). *Pediatrics*, 39(4), 563-81.
- Mahler, M. (1968). *Infantile Psychosis*. New York: International Universities Press (trad. it. *Psicosi infantili*. Torino: Bollati Boringhieri, 1975).
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books (trad. it. *La nascita psicologica del bambino*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Moorjani, B. I., Rothner, A. D. & Kotagal, P. (1995). Breath-holding speels and prolonged seizure. *Ann Neurol*, 38 (3), 512-513.
- Azab, S. F. A., Siam, A. G., Saleh, S. H., Elshafei, M. M., Elsaheed, W. F., Arafa, M. A., ... Elazouni, O. M. A. (2015). Novel Findings in Breath-Holding Spells: A Cross-Sectional Study. *Medicine*, 94 (28), e1150.
- Soulé, M. (1976). L'endormissement se fait dans une "aire d'illusion". *Psychanalyse à L'Université*, 1 (4), 719-724.
- Subbarayan A., Ganesan B., Anbumani & Jayanthini. (2008). Temperamental traits of breath holding children: A case control study. *Indian J Psychiatry*, 50 (3), 192-196.
- Winnicott, D. (1958). *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock (trad. it *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975).