

Franco Nanni

Il sonno del neonato: chi ben comincia...

***Una guida per mamme in attesa e neo-genitori
per la prevenzione dei disturbi del sonno***

Conoscendo e rispettando i bisogni di base del neonato, il suo progressivo ingresso nel mondo viene facilitato. Ciò è vero anche per il dormire: un buon avvio del sonno nei primissimi mesi previene molti possibili disturbi successivi.

Cosa significa cominciare bene? A differenza di qualche decennio fa, oggi scienza e tradizione possono parlare finalmente insieme a chi accoglie un neonato: la ricerca scientifica e l'antropologia hanno riscoperto il senso e la profonda saggezza di pratiche antiche come l'uomo nell'accudimento dei bimbi piccolissimi, e il loro valore per favorirne la sicurezza, la fiducia, e anche un buon ritmo sonno-veglia.

Queste pagine sono un piccolo contributo a far rivivere questa antica ma nuova saggezza senza dimenticare il rigore scientifico delle raccomandazioni che vengono date a partire dalle linee guida di grandi organismi come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Accademia Americana di Pediatria.

Istruzioni per l'uso

“Complimenti, Lei ha appena acquistato un Bambino, il frutto più avanzato dell’evoluzione delle specie. Il prodotto ha superato severi test di qualità, tuttavia Le raccomandiamo di leggere attentamente queste istruzioni, al fine di predisporre correttamente il Bambino all’uso. Rispettando le procedure indicate il prodotto da Lei acquistato continuerà a soddisfarLa per molti anni senza problemi. In particolare, il Bambino dormirà tutta la notte per almeno otto ore senza risvegli, avrà intervalli tra le poppate di non meno di 180 minuti, percorrerà almeno sei ore con un pannolino...” Nessuno la scrive proprio così, ma non è forse questa la ragione del successo editoriale di tanti “manuali di istruzioni” per gestire i figli? Essi infatti vi dicono: “il vostro bambino *non sa dormire*, e per farlo chiederà cose assurde come la vostra presenza, un abbraccio, una carezza, una ninna nanna o addirittura di essere cullato... Lui non sa dormire ma voi, grazie a questo libro, glielo insegnerete.” La paura che i bambini non dormano fa parte dello spirito dei nostri tempi, e certi manuali sono così rassicuranti perché riempiono vuoti emotivi e timori che appartengono a tutti noi moderni.

Forse però staremmo tutti meglio se considerassimo i bambini come bambini e basta, e ci ricordassimo più spesso che il neonato è egli stesso il proprio manuale di istruzioni: sa comunicare ai propri genitori di che cosa ha bisogno per stare bene, e quando sta bene lui stanno bene anche loro. La cosa principale è *conoscere il proprio bambino* e percepire le sue condizioni e le sue richieste, il bambino e non le sue “parti” o le sue “funzioni”.

Le indicazioni qui esposte sono basate su principi di fondo raccomandati da grandi organismi come l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l’Accademia Americana di Pediatria (AAP), ma anche sull’analisi e il confronto di oltre 300 articoli scientifici sul sonno nella prima infanzia indicizzati nelle banche dati internazionali Pubmed e Webspirs; il genitore troverà forse superflue le note che indicano sempre la fonte da cui vengono tratte le affermazioni, ma è parso un tocco di stile necessario per distinguersi da certi manualetti sul sonno dei bambini che spacciano per certezze teorie e dati di cui non indicano l’origine.

Questo testo si presta dunque non solo a una lettura operativa del neo-genitore, ma anche a letture più tecniche da parte dei pediatri e di ogni altro professionista che operi a contatto con le primissime fasi della genitorialità.

Cominciamo Bene

Se è vero che il buon giorno si vede dal mattino, è altrettanto vero che anche una buona notte inizia dal mattino, acquisendo prima possibile alcune positive abitudini. Insomma, dormire bene è parte di un vivere bene, in questo caso un vivere bene insieme di madri, padri e neonati, favorito da un piccolo ma fondamentale insieme di pratiche antiche come il mondo: il legame precoce madre-bambino, l'allattamento al seno, l'attenzione al pianto come segnale di bisogno del bambino, il contatto e la vicinanza fisica diurni e notturni. Sono stati scritti tanti bei libri su questi argomenti: qui ci si limita a ricordarli in un promemoria semplice ed essenziale.

Una legge generale del crescere

Se qualcuno vi dicesse di non mettere mai le ruotine alla bicicletta di vostro figlio perché altrimenti non imparerà mai ad andarci senza, forse lo trovereste bizzarro. Se volessero insegnare a leggere a vostro figlio di un anno e mezzo, forse anche senza essere pedagogisti riterreste che sia troppo presto. Ciò nonostante siete stati abituati a non avere dubbi quando vi viene detto che i bambini devono sapersi addormentare e dormire da soli fin dalla nascita, e che non devono passare la notte accanto alla madre, altrimenti non saranno “mai” in grado farlo da soli in seguito. Eppure queste teorie vanno contro una legge generale: prima si sperimenta una certa funzione *con un supporto esterno*, poi la si prova da soli quando è arrivato il momento giusto. Insistere per anticipare è inutile quando non anche dannoso. Le capacità che chiamiamo “autonomia” non fanno eccezione, e richiedono anch'esse una giusta gradualità: il bambino diventa sicuro di sé e capace di esplorare l'ambiente *dopo* aver acquisito la salda fiducia nelle figure che lo assistono e proteggono.

Insieme da subito

“I lattanti sani devono essere posti e mantenuti in contatto diretto pelle-a-pelle con la madre immediatamente dopo il parto fino a quando la prima suzione non si sia instaurata. Il neonato vigile e sano è in grado di attaccarsi al seno senza un'assistenza specifica entro la prima ora dopo la nascita. [...] Posticipare la pesatura, la misurazione, il bagnetto, le punture con aghi e la profilassi oculare fino a dopo che la prima suzione è stata completata¹.” Facciamo finalmente giustizia delle linde, eleganti, ma tristissime *nursery* tanto ammirate negli anni '50 e '60 e di quella pessima abitudine di “rubare” il bambino alla madre proprio nei primissimi momenti dopo il parto!

Anche quando il parto ha avuto complicazioni sanitarie, “il contatto pelle-a-pelle madre-neonato e l'allattamento al seno diretto devono essere incoraggiati non appena si rendano possibili²”. Questa raccomandazione vale anche dopo un parto cesareo, o in altre condizioni per le quali la madre assuma farmaci, una volta sentito il parere dei sanitari che, se possibile, dovrebbero portare al minimo necessario il dosaggio delle sostanze che potrebbero passare nel latte³. In altri termini, tutto ciò che favorisce un precoce attaccamento del bimbo alla mamma fornisce un positivo apporto qualitativo ai giorni e ai mesi che seguiranno.

¹ American Academy of Pediatrics (2005).

² *ibidem*.

³ *ibidem*.

Lasciamo alla neo-mamma la scelta, non il peso

Promuovere l'attaccamento non significa assolutamente lasciare la madre sola col suo bambino: al contrario, la puerpera ha tanto bisogno di sentire intorno a sé persone supportive che le siano di aiuto non solo nel concreto, ma anche nel chiacchierare, sorridere, scherzare, e quant'altro di piacevole il contatto umano può dare. Contatto precoce non implica che la mamma debba essere ossessionata dal contatto perenne col bambino: al contrario ella dovrebbe seguire i suoi bisogni, sia quando ha voglia di stare tanto tempo con lui, sia quando ha voglia di fare una passeggiata o riposarsi. Chi la circonda dovrebbe mettersi al suo servizio senza preconcetti: a volte si pensa di dare maggior aiuto "sottraendo" per un po' il bambino alla mamma "troppo stanca", in modo da permetterle di occuparsi di altre cose, senza tenere conto che lei potrebbe preferire stare ancora col bimbo lasciando che altri facciano la spesa o cucinino per lei. Insomma, nei primissimi mesi di vita non può essere stabilito a priori da un familiare che c'è "troppo" attaccamento con la mamma; quest'ultima dovrebbe avere l'ultima parola sia quando vuole occuparsi del figlio, sia quando vuole staccarsi per un po'. Lasciando una certa naturalezza e spontaneità alla madre, il risultato più probabile è che tra lei e il piccolo vi sia esattamente la "giusta dose" di attaccamento.

Una avvertenza importante: nel caso vi sia una diagnosi di Depressione Post Partum le indicazioni qui sopra descritte devono essere adottate sotto il controllo clinico; è raccomandato di ricorrere a un parere medico anche nel caso di sintomi persistenti di umore negativo, pianto, forte stanchezza non proporzionata alle energie spese nell'accudimento.

Per approfondire il tema della nascita si può leggere per primo il classico libro di Leboyer (1998), poi Odent (1992) e per i più curiosi anche Odent (1988).

Allattare al seno

C'è soltanto un modo per allattare al seno: allattare al seno e basta, senza "aggiunte" artificiali, senza orari per le poppate e senza pesate o doppie pesate. Allattamento al seno esclusivo significa che nessun altro alimento o liquido deve essere somministrato al neonato; il neonato dovrebbe essere nutrito frequentemente e senza orari rigidi⁴. Per allattamento esclusivo al seno si intende il consumo di latte umano da parte di un lattante senza aggiunta di supplementi di alcun tipo (*niente acqua, succhi, latte non umano, e niente cibi*), fatta eccezione per vitamine, minerali, e farmaci ove fossero ritenuti necessari dal pediatra. L'allattamento esclusivo al seno ha dimostrato di garantire una aumentata protezione nei confronti di molte patologie e di aumentare la probabilità di continuare l'allattamento al seno per almeno il primo anno di vita⁵.

"Senza orari rigidi" significa praticare quel che comunemente è definito "allattamento a richiesta". L'orario per la poppata lo si individua osservando il bambino stesso: basta semplicemente imparare a riconoscere i suoi segnali della fame distinguendoli da quelli del pannolino bagnato, del mal di pancia o altri bisogni e disagi. "Durante le prime settimane di allattamento al seno, le madri devono essere incoraggiate a praticare dalle 8 alle 12 poppate al seno ogni 24 ore, offrendo il seno ogniqualvolta il lattante mostri segni di fame quali aumentata vigilanza, attività fisica, smorfie o *rooting*⁶." Non c'è dunque bisogno di aspettare il pianto, che è un segnale *tardivo* di fame, preceduto da molti altri che occorre imparare a riconoscere. Come? "Un avvio appropriato dell'allattamento al seno è facilitato da un *rooming-in*⁷ continuo durante il giorno e la notte. [...] Madre e

⁴ OMS/UNICEF

⁵ American Academy of Pediatrics (2005).

⁶ *ibidem*.

⁷ Rooming-in: tenere il neonato accanto alla madre nella stanza (anche in ospedale), e non nella *nursery*.

bambino devono dormire vicini per facilitare l'allattamento al seno.⁸” Restando a contatto col bambino giorno e notte la madre diventa con naturalezza un'esperta del proprio figlio. Per cominciare bene, è opportuno ricordare che è meglio evitare l'uso del succhiotto durante la fase di avvio dell'allattamento al seno e, ammesso che occorra utilizzarlo, introdurlo solo dopo che l'allattamento si è ben instaurato⁹.

Ogni bambino ha ritmi propri che evolvono nel tempo, e mettersi a lottare con la fame del proprio figlio per rispettare tabelle prefabbricate è un pessimo modo di iniziare il rapporto col nutrimento. Verrà certamente il momento di dire “no”, di mettere sotto chiave le merendine-spazzatura, ma non quando è così piccolo.

Quanto dovrebbe durare l'allattamento? Tutti i neonati dovrebbero essere nutriti soltanto con latte materno, dalla nascita fino ai 6 mesi di vita. I bambini dovrebbero continuare ad essere allattati al seno, ricevendo allo stesso tempo alimenti complementari adeguati, fin oltre i due anni di età¹⁰. Circolano molte leggende riguardo ai rischi di un allattamento protratto anche molto dopo che sono stati introdotti altri alimenti; l'AAP si esprime molto chiaramente sull'argomento: “Non esistono limiti superiori alla durata dell'allattamento al seno e non sussistono evidenze di pericoli di tipo psicologico o evolutivo derivanti dall'allattamento al seno protratto sino al terzo anno di vita o oltre¹¹.”

Le controindicazioni all'allattamento al seno sono poche, rare, e devono essere accertate e valutate dal medico¹². Quando l'allattamento al seno diretto non è possibile, deve essere somministrato latte materno estratto mediante pompa per mantenere la produzione di latte. Prima di esprimere un parere contrario all'allattamento al seno o di raccomandare uno svezzamento precoce, occorre soppesare i benefici dell'allattamento al seno contro i rischi del non ricevere latte umano¹³.

Per saperne di più: sono pochi i testi esaurienti in italiano, tra i quali si segnala quello di Sears (2003²).

Il pianto è un forte segnale di bisogno

Di fronte al pianto del proprio piccolino, la “pancia” spinge ogni genitore ad accorrere per confortarlo e fornirgli ciò di cui ha bisogno, latte, calore, indumenti asciutti... Questo impulso è scritto profondamente nel nostro sistema emozionale e ha assicurato la sopravvivenza dei neonati per decine di migliaia di anni. Il pianto neonatale si è evoluto come strategia per provocare l'accudimento da parte dei genitori, al fine di ristabilire un equilibrio corporeo che si era interrotto¹⁴: a questa età non esistono pianti manipolatori, il piccolo d'uomo piange esclusivamente per necessità. Su questo argomento si sono scritti molti libri, ma prima è il caso di imparare a leggere i segnali del vostro bambino e considerare positivamente i vostri impulsi di genitore. Ignorare il pianto di un piccolino non è solo una subdola forma di maltrattamento, ma comporta anche dei costi per il futuro, così come una pronta risposta promette vantaggi: quando crescerà e richiederà tutta la vostra autorevolezza per essere contenuto nei suoi impulsi, egli sarà assai probabilmente meglio disposto a riconoscere e rispettare l'autorità di coloro che lo hanno protetto e confortato nei suoi momenti più indifesi e bisognosi, piuttosto che quella di persone che lo hanno lasciato solo e disperato in una stanza buia¹⁵.

⁸ *ibidem*.

⁹ *ibidem*.

¹⁰ OMS/UNICEF (1990).

¹¹ American Academy of Pediatrics (2005).

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ Zeifman (2001) e Lester (1985)

¹⁵ Morelli et al. (1992).

Contatto e vicinanza fisica

I nostri progenitori, da neonati, passavano gran parte del tempo addosso alla loro madre, che nel frattempo si dedicava ad altre diverse occupazioni; lo stesso fanno tuttora le donne in molte culture tradizionali di tutto il mondo¹⁶. Ci sono numerosi fattori fisiologici che il corpo del bambino nei primi sei mesi di vita non sa ancora regolare in autonomia, e necessita quindi di contributi esterni sotto forma di accudimento, carezze, contatto pelle-a-pelle, e di quel genere di stimolazione (detta “vestibolare¹⁷” che si realizza quando il bimbo è “indossato” dalla mamma (ma anche dal papà o da altri!) ben assicurato a un “marsupio” per neonati.

Gli autori di un documentato e ampio studio¹⁸ sostengono che i bambini occidentali ricevono di solito una scarsa stimolazione sensoria e vestibolare a causa del tipo di accudimento “distante” che ricevono sia di giorno che di notte, “grazie” anche ai consigli di una pedagogia antiquata che scoraggia il contatto coi bambini per non viziare; questa carenza di stimoli sembra contribuire a una ipersensibilità verso gli stimoli provenienti dagli organi interni, in particolare dall'apparato digerente; tale ipersensibilità spiegherebbe anche certe coliche che non paiono avere motivazioni fisiologiche. Non a caso, affermano gli autori, il trattamento delle coliche consiste essenzialmente nel massaggio, ovvero in una iper-stimolazione sensoria e vestibolare. Già quasi vent'anni prima un altro studio sperimentale dimostrava che i bambini che ricevono adeguata stimolazione vestibolare, ovvero vengono portati addosso da un adulto per almeno tre ore al giorno, piangono tra il 40% e il 50% in meno della media¹⁹. Con alcune discordanze e alcune difficoltà di metodo e di comparazione, questa tesi risulta ancora sostanzialmente valida²⁰.

La cultura ha creato molte teorie su come si dovrebbero accudire i neonati, dimenticando però un fatto essenziale: il piccolo d'uomo nel primissimo periodo di vita è più biologico che culturale²¹. Il neonato umano è molto più immaturo di ogni altro mammifero, e il suo corpo ha ancora bisogno di molte interazioni con il corpo materno per regolare le sue funzioni: da qui deriva la pratica millenaria di un bambino tenuto a lungo in braccio, allattato a richiesta e tenuto vicino giorno e notte. È infatti ormai consolidata, per i bambini prematuri, l'efficacia della pratica del contatto pelle-a-pelle (detta “Cura del Canguro²²”, perché riproduce la condizione del piccolo nel marsupio). Che il neonato dorma vicino alla mamma è dunque una ovvia conseguenza delle precedenti condizioni, ciascuna delle quali richiama l'altra in un circolo virtuoso: contatto, allattamento, stimolazione, protezione, risposta al pianto, sonno. In questo modo è facile allattare il bambino senza nemmeno svegliarsi del tutto²³, rispondere ai suoi richiami se necessario, e avere sempre sotto controllo il suo benessere.

¹⁶ Le fonti sono numerosissime, e si danno alcune indicazioni: Abel *et al.* (2001), Caudill *et al.* (1962), Douglas (2005), Fukumizu *et al.* (2005), Gaddini (1970), Gandini (1986), Gantley (1994), Harris (1999), Javo *et al.* (2004), McKenna *et al.* (1993), Morelli *et al.* (1992), Reimao *et al.* (1998, 1999a, 1999b), Yang *et al.* (2002); per una panoramica si veda Eibl-Eibesfeldt (1993).

¹⁷ Il nome deriva dal sistema vestibolare, una parte del sistema nervoso centrale che coordina una molteplicità di funzioni quali l'equilibrio, il tono muscolare, la postura, fino anche alle risposte immunitarie e all'attenzione.

¹⁸ Cfr. Douglas (2005).

¹⁹ Hunziker (1986)

²⁰ St James-Roberts (2006)

²¹ Cfr. ad esempio Odent (1992) e Eibl-Eibesfeldt (1993).

²² Feldman *et al.* (2002a), Smith (2007), Feldman *et al.* (2002b), DiMenna L. (2006).

²³ Baddock, Galland *et al.* (2006).

...ma lasciamolo respirare le sue libertà con i suoi tempi

Leggendo i paragrafi precedenti si potrebbe intendere che il bambino piccolo non debba mai nemmeno assaggiare la solitudine o quel minimo di libertà di movimento concessagli dalle sue capacità, ma non è così: le condizioni descritte in precedenza sono importanti anche perché regalano al piccolo un sufficiente senso di sicurezza che è la base per poter giocare e esplorare il mondo da solo, man mano che ne diventa capace. Una volta che questa base c'è, il bambino *non ha necessariamente bisogno dell'adulto per giocare*, nemmeno a cinque, sei mesi,²⁴ quando può benissimo divertirsi da sé appoggiato a una morbida coperta a terra, muovendo oggetti o il suo stesso corpo. È importante non capovolgere i bisogni del bimbo in nome di altre esigenze non sue: pretendere che dorma da solo, ma poi essere intrusivi e appiccicati al bambino sveglio e desideroso di far qualcosa da sé; lasciamo invece che compia le sue piccole-grandi esplorazioni, certo sotto l'occhio attento della mamma, *ma non pilotato* da lei come un burattino.

Tutto questo comporta che il bimbo gradualmente apprenda e apprezzi un particolare genere di solitudine, la solitudine-in-presenza-della-madre come la definisce Winnicott²⁵: saper giocare da solo mentre la mamma legge o cucina, saper stare con sé mentre c'è qualcuno lì vicino, ma senza avvertire l'impulso insopprimibile a richiamare costantemente la sua attenzione. Ovviamente è un apprendimento lento e graduale che procede assieme alla maturazione psicologica e affettiva, ma se i genitori non lo lasciano mai emergere esso finirà con l'atrofizzarsi del tutto, riducendoli a semplici tappetini-giocattolo dei propri figli. "Stategli sempre appiccicati", non è questo il modello educativo che viene qui proposto, ma semmai: "fornitegli l'appoggio e il conforto *quando lo chiede* e lasciate che esplori il mondo in libertà nella misura delle sue capacità".

Distinguere i bisogni del bambino dai bisogni del genitore

Una cosa è rispondere sollecitamente ai bisogni del proprio figlio, e magari godere del piacere di accudire un essere umano piccolo, indifeso e simpatico, nonché del calore e dell'intimità che si creano in quei momenti; un'altra è lasciarsi prendere da quel piacere fino al punto di "aver bisogno che il bambino abbia bisogno di me" anche quando lui si farebbe volentieri gli affari suoi! Spesso questo "bisogno del bisogno" da parte dei genitori non è del tutto consapevole, e possiamo sentire le loro lamentele del tipo: "non mi si stacca mai", "non vuole restare senza attenzioni nemmeno per due secondi"; nella maggior parte di questi casi una buona consultazione psicologica permette di capire che il genitore ha contribuito a questa situazione con un inconsapevole "bisogno del bisogno". Un semplice ma opportuno accorgimento preventivo è consigliare a mamme e papà di domandarsi sempre "di cosa ha bisogno *il bambino?*", e poi subito dopo: "di cosa ho bisogno *io?*". Questa domanda è oltremodo essenziale quando si verificano problemi relativi al sonno, magari di bambini di uno, due anni, abituati da sempre a rispondere ai "bisogni di bisogni" di madri e padri.

Riassumendo

Entrare nella vita incontrando le condizioni appena illustrate significa che il neonato trova intorno a sé le modalità di accudimento per le quali il suo corpo è programmato; nello stesso tempo i suoi genitori agiscono verso di lui in accordo con profondi impulsi iscritti nella storia della specie. Non è nulla di complicato o contorto, ma lascia al bambino una eredità che contribuirà al suo benessere fisico e psichico lungo la sua crescita e oltre. Avrà la sensazione di essere protetto e

²⁴ Honegger Fresco (2006).

²⁵ Winnicott (1970).

sicuro; maturerà la fiducia che i suoi bisogni fondamentali possono essere soddisfatti; avvertirà la solida presenza di adulti quasi “divini” perché responsivi e solleciti, dunque degni di essere ascoltati e rispettati. Il suo sistema nervoso, grazie alla ottimale stimolazione vestibolare, crescerà in modo armonico e lo porterà a un buon ritmo sonno-veglia e al piacere del muoversi e dell’esplore. Interiorizzerà le presenze protettive che inizialmente ha sentito intorno a sé, fino a che diventeranno parte della sua personalità soggettiva e fungeranno da fattori di prevenzione rispetto al disagio mentale.

0-12 mesi: promuovere un buon sonno attraverso la vicinanza

➔ Per un buon passaggio dal pancione al mondo la cosa migliore è stare vicini giorno e notte.

Durante tutta l'evoluzione del genere umano e, prima ancora, di tutti i mammiferi, tenere i piccoli a dormire accanto alla mamma è stato l'unico modo di accudirli. A prescindere da ogni altra valutazione, dobbiamo dedurre che corpi, impulsi e bisogni di madre e neonato si sono costruiti in questa condizione di vicinanza, e in questa trovano l'ambiente migliore per il loro benessere. Dunque il miglior modo per entrare nel mondo della notte è essere vicini alla mamma. Questa pratica del dormire con la mamma viene ormai ovunque definita "cosleeping", e talvolta "bed-sharing", ovvero "condivisione del letto". Quando invece il bambino dorme in suo spazio delimitato (culla o lettino) ma nella stessa stanza dei genitori (e possibilmente a portata di braccia), parliamo di "room-sharing", ossia "condivisione della stanza". Il paragrafo successivo descriverà più in dettaglio le diverse possibilità per organizzare la vicinanza madre-bambino nel modo più conforme alle diverse situazioni, non prima di alcune necessarie precisazioni.

Vicini subito per essere autonomi dopo

➔ È il corpo della mamma che insegna al neonato a dormire. Grazie a questo apprendimento saprà dormire da solo quando sarà giunto il momento.

L'approccio che ispira queste pagine non mira certo a creare bambini dipendenti che tormentano le notti familiari con risvegli e ricatti: si preoccupa invece di creare *nei primissimi mesi* le migliori condizioni affinché *in seguito* il rischio di problemi del genere sia ridotto al minimo, favorendo cioè nel bambino una buona regolazione del sonno e della veglia e una sufficiente sicurezza che gli permetterà di affrontare con tranquillità il sonno. La differenza tra i primi mesi e le fasi successive è qui *fondamentale*, mentre spesso viene data ai genitori l'impressione che i medesimi metodi siano validi sempre e comunque. È noto alla ricerca che i bambini prematuri curati con la cosiddetta *Kangaroo Care*²⁶ dopo alcuni mesi mostrano migliore autoregolazione del sonno, delle emozioni, dell'attività e dell'attenzione, al punto da essere proposta in termini più generali come modalità di accudimento del neonato²⁷. Dal momento che questa pratica del contatto ha dato risultati assai positivi proprio su aspetti riguardanti il sonno, si ritiene che essa costituisca senza dubbio una efficace forma di promozione del buon dormire e prevenga i principali rischi dell'insorgere di disturbi del sonno infantili.

²⁶ Come detto prima, si tratta di realizzare un costante contatto pelle a pelle tra madre e bambino. Si veda in proposito Feldman et al. (2002a), Smith (2007), Feldman et al. (2002b).

²⁷ DiMenna (2006)

Attenzione ai manuali “lascialo piangere” applicati ai neonati



“Lascialo piangere, prima o poi imparerà”, è un metodo inutilmente crudele per i bambini al di sotto dell’anno di vita.

Il metodo proposto in un noto manuale²⁸ altro non è che il sistema comportamentistico dell’estinzione graduale nota da tempo agli studiosi²⁹. Esistono anche alcune ricerche³⁰ che mostrano gli effetti positivi della loro applicazione, e l’assenza di effetti negativi quantomeno a breve termine. Non mancano testimonianze di genitori entusiasti su blog e forum nell’Internet. Il punto è che si tratta sempre di bambini oltre i dodici mesi, fino a quattro anni e oltre³¹! In più ci sono diversi aspetti di metodo negli studi che rendono difficile valutarne i risultati; la verità è che ancora non vi sono lavori di ricerca completi che esaminino anno dopo anno diversi metodi e pratiche in modo da renderli confrontabili. Rimane il fatto che nemmeno i più fanatici sostenitori di questi sistemi si sente di consigliarli esplicitamente nei primi mesi di vita! Dunque si ritiene opportuno dare maggior credito a ricerche di impostazione più recente e organica, che mettono l’accento sulle condizioni ottimali per l’accudimento del neonato, riservando eventualmente agli anni successivi l’uso di altri metodi, una volta che i disturbi del sonno si siano manifestati. Per contro sono in molti a ritenere che frustrare nei suoi bisogni biologici un piccolino di uno, due mesi comporti dei costi e sia una subdola forma di maltrattamento infantile. Si può leggere una ampia e critica rassegna di queste perplessità su Honegger Fresco (2006).

Preparare la stanza



Soluzioni pratiche per stare vicini in sicurezza e tranquillità, per dormire meglio e dormire tutti.

Ci sono fondamentalmente quattro modi per assicurare la vicinanza tra mamma e bebè:

- 1) Mettere il piccolo in un lettino contiguo al lettone e ben fissato (ottimale).
- 2) Dormire su superfici contigue a terra o su *tatami*³² (ottimale se amate soluzioni esotiche).
- 3) Tutti nel lettone (sconsigliato salvo particolari condizioni).
- 4) Il piccolo in culla o lettino separato ma a portata di braccia della mamma (consigliato per alcune situazioni, scomodo in altre).

Vediamole in dettaglio. La soluzione (1) consiste nell’utilizzare un lettino dotato di sponde salvo un lato, quello adiacente al lettone dal lato in cui dorme la mamma, o al letto singolo se la mamma è *single*. Occorre che il lettino sia alla stessa altezza del letto materno, o differisca di non più di qualche centimetro, e che sia fissato *saldamente* ad esso. Negli Stati Uniti alcune ditte producono lettini già predisposti, che iniziano ad essere distribuiti anche in Italia; con un minimo di inventiva non è difficile adattarne altri alla bisogna, a patto che il sistema di fissaggio al lettone sia assolutamente sicuro. Si ritiene questa soluzione migliore delle altre perché offre tutti i vantaggi del cosleeping

²⁸ Estivill (1999)

²⁹ France et al. (1990) Blampied et al. (1993).

³⁰ Eckerberg (2004), France (1992).

³¹ In un caso sono inclusi bimbi dai 4 ai 45 mesi, ma anche qui, mescolando i dati di età così diverse risulta impossibile comprendere gli effetti di questi metodi sui neonati!

³² Il *tatami* è una tradizionale pavimentazione giapponese composta da pannelli rettangolari affiancati fatti con paglia di riso intrecciata e pressata. Può avere diversi spessori che mediamente raggiungono i 6 cm. (tratto da it.wikipedia.org)

senza averne i rischi, in quanto il bambino fruisce di un suo spazio sicuro che non è possibile invadere da parte dell'adulto.

La soluzione (2) è sostanzialmente identica alla precedente, ma utilizza oggetti d'arredo tipici delle case giapponesi e coreane³³, paesi dove ancor oggi il dormire vicini ai bambini è praticato come abitudine tradizionale: molte famiglie dormono su particolari materassi di cotone ("futon" in Giappone, "yo" in Corea) che vengono appoggiati direttamente sul pavimento (di solito *tatami*) e quindi possono essere giustapposti l'uno vicino all'altro, permettendo un facile contatto corporeo. Forse non adatta a tutti i gusti, ma per chi intende arredare interamente la stanza matrimoniale e ama l'oriente, questa è certo una disposizione affascinante e nuova, oltre che molto pratica.

La soluzione (3) è il linea di massima sconsigliabile, per i vari rischi di caduta e di movimenti malacorti che possono infastidire il bambino. Può diventare valida se si ha un letto più largo della norma (oltre i 200 cm), se il lato in cui è il bambino è protetto dalle cadute, se il materasso non è troppo morbido. Non sono assolutamente idonei i materassi ad acqua. Da evitarsi anche tenere il neonato nel lettone in mezzo ai genitori: il padre infatti non ha la stessa sensibilità della mamma e, se ha il sonno pesante, può non rendersi conto di far pressione sul figlio in modi anche pericolosi. Se volete godervi questa posizione, certo piena di affetto e calore, fatelo quando siete svegli a letto, mettendo poi il bambino di lato quando viene il momento di addormentarsi.

Ricordate anche che è assolutamente da evitare il dormire col bambino accanto su divani, sofà o altri oggetti di arredamento diversi da quelli indicati. Da alcune ricerche³⁴ emerge un dato che deve far riflettere: quando si impone il sonno solitario a un neonato che viene allattato anche di notte, accade talvolta che la mamma porti il bambino per la poppata in un luogo "comodo" come il divano del salotto, certa, poi, di riportarlo nella sua cameretta; sennonché per la stanchezza sia lei che il piccolo si addormentano profondamente su quel giaciglio improvvisato, e questa è una **condizione di rischio** da non sottovalutare minimamente! Infatti è facile che la madre, se esaurita dalla stanchezza, finisca per schiacciare il piccolo tra il suo corpo e la sponda del divano. Sotto questo aspetto la nostra soluzione (1) è decisamente più sicura (e meno stancante!) del vagare per casa in piena notte con un neonato da allattare.

La soluzione (4), che è stata definita "room-sharing", è una valida alternativa se per qualsiasi motivo non intendete o non potete ricorrere a quelle precedenti (vedere anche le condizioni descritte nel paragrafo successivo). Se ancora vostro figlio ha un buon ritmo di allattamento notturno, prelevarlo e riporlo nella culla o nel lettino con sponde può essere decisamente più scomodo che farlo senza ostacoli in mezzo, ma una volta che sia terminato (o molto rarefatto) l'allattamento notturno il room-sharing è una soluzione assolutamente valida, e rappresenta per tutti la condizione intermedia verso l'autonomia nel sonno.

Ricordate che non c'è nessuna fretta per la conquista del dormire da soli: se nei mesi precedenti avete adottato una delle soluzioni proposte, conoscerete abbastanza il vostro bambino per capire se è pronto o se ha ancora bisogno di rassicurazioni da parte vostra. In quest'ultimo caso il room-sharing può essere prolungato senza particolari limiti di tempo, ma senza comunque rinunciare allo scopo finale, riappropriarvi della vostra stanza matrimoniale.

³³ Latz et al. (1999) e Yang et al. (2002).

³⁴ La fonte proviene da diversi articoli raccolti in fondo alla bibliografia alla voce SIDS.

Alcuni semplici consigli



Accorgimenti pratici per iniziare bene, senza dimenticare di essere creativi e di osservare il vostro bambino; conoscendolo saprete provvedere nel modo migliore.

Evitate di coprire troppo il bambino, perché la vicinanza del corpo della madre è di per sé una fonte di calore, quindi contribuisce a riscaldarlo. Ricordate comunque che secondo alcune ricerche sperimentali³⁵ madre e bambino durante il sonno modificano la loro reciproca distanza per mantenere la temperatura a livelli gradevoli, avvicinandosi se è freddo, allontanandosi se è caldo.

La mamma indosserà opportunamente abiti apribili sul seno, in modo da poter allattare il bimbo senza dover arrembiare troppo, e quindi senza svegliarsi fino in fondo.

Quando il bambino dorme in momenti del giorno in cui la mamma è sveglia si possono adottare diverse soluzioni: se il luogo della notte è assolutamente sicuro anche in assenza della madre sdraiata accanto, il piccolo può stare tranquillamente lì, altrimenti meglio utilizzare una culla o un lettino idonei per dimensioni e sicurezza. In ogni caso il neonato addormentato dovrebbe trovarsi sempre a portata di orecchie e sguardi di uno degli adulti che lo accudiscono.

Sicurezza e precauzioni



Il cosleeping è la soluzione migliore ma in certi casi va evitata! La soluzione del room-sharing è sempre sicura e realizzabile. Prendete nota anche delle corrette posizioni del bambino per il sonno.

Due sono gli aspetti da considerare per la sicurezza: uno riguarda il rischio di cadute o altri danni meccanici al bambino, l'altro invece attiene alla prevenzione della Sindrome da Morte Improvvisa del Neonato (conosciuta nella sigla inglese come SIDS³⁶). Il problema delle cadute e dell'arredo ottimale è già stato trattato nel paragrafo precedente. Vediamo qui tutte le altre precauzioni, che si raccomanda di leggere attentamente senza sottovalutazioni.

Ci sono condizioni fisiche della madre che rendono molto rischioso per la vita del bambino il dormire insieme, in particolare per la soluzione (3):

- ◆ uso di sostanze psicoattive come stupefacenti, alcolici, ma anche sedativi e altri psicofarmaci che influiscono sulla vigilanza e sul sonno. (In caso di dubbio consultate il medico che ve li ha prescritti)
- ◆ Obesità grave.
- ◆ Stanchezza acuta o cronica, stati di esaurimento soprattutto se dovuti a privazione di sonno.
- ◆ Vi è inoltre una associazione non ancora ben chiarita nel meccanismo ma sempre confermata dalle evidenze, tra fumo di tabacco in gravidanza, specie se protratto anche dopo il parto, e rischio nel caso in cui mamma e bimbo dormono insieme.

Se la madre ritiene di trovarsi in una di queste condizioni, è bene limitarsi al room-sharing, che rimane una soluzione assolutamente sicura e mantiene molti dei vantaggi del cosleeping.

³⁵ Wailoo, Ball et al. (2004)

³⁶ Gli articoli scientifici sulla SIDS sono ormai innumerevoli. Ne è stata preparata una selezione riportata in fondo alla bibliografia.

Anche per chi non ricade nelle condizioni di rischio per il co-sleeping è opportuno mantenersi consapevoli dei propri stati (anche occasionali) di forte stanchezza o altre condizioni, come uso di farmaci antistaminici, che possono abbassare la sensibilità della madre rispetto a movimenti e bisogni del bambino che dorme. Va tenuto presente che queste condizioni di rischio sono più o meno gravi a seconda della soluzione adottata: il lettone è in assoluto quella meno indicata

Altre precauzioni essenziali da adottare:

- ♦ A prescindere dal luogo, il neonato deve essere sempre messo a dormire **appoggiato sulla schiena** e **mai** sulla pancia o sul fianco. Si è visto infatti che questa posizione è quella che meglio previene la SIDS³⁷.
- ♦ D'inverno non riscaldate troppo la stanza: 20° è una temperatura ottimale³⁸.
- ♦ Evitate di indossare anelli, catene, bracciali che possano graffiare il bambino, o nei quali egli possa impigliarsi³⁹.
- ♦ Ricordate che l'unica persona idonea a dormire accanto al neonato è la madre; lo stesso non vale per il padre, fratelli e sorelle, baby sitter o altri parenti. Tutti costoro possono opportunamente condividere la stanza col neonato, ma non lo spazio intimo, in quanto possono non avere la sensibilità e l'attenzione vigile della madre⁴⁰.

“Se lo tieni vicino a te, non dorme bene e si sveglia sempre più spesso”



Un sonno leggero nei primi mesi è un espediente escogitato dall'evoluzione per proteggere il tuo bambino mentre dorme, ossia quando è più vulnerabile. Il sonno leggero quindi non indica di per sé alcun problema, anzi, al contrario è un sonno più sicuro.

Come usare una verità per sostenere il falso: la verità è che nel cosleeping il sonno del bambino è più leggero, e aumenta la probabilità di risvegli; si pensa che ciò avvenga a causa dei messaggi olfattivi provenienti dal corpo della madre⁴¹. Gli elettroencefalogrammi di mamma e bebè quando dormono vicini mostrano⁴² che i due dormono quasi “in parallelo”, influenzandosi a vicenda. È la continuazione notturna della “danza dell'interazione⁴³” tra madre e piccolo che avviene di giorno. Ecco dove inizia il falso, nel sostenere che questo sonno leggero corrisponda a “non dormire bene”, e dunque che per il neonato un buon sonno debba essere profondo e lungo. In realtà da diversi anni si ritiene⁴⁴ che il rischio di morte improvvisa del neonato (SIDS) venga aumentato da periodi più lunghi di sonno ininterrotto, minori movimenti del corpo nel sonno, e minori movimenti in reazione ad apnea dovuta a naso chiuso o altre ostruzioni. Ecco perché diventa un vantaggio e non un problema, che i cosleeper abbiano un sonno più leggero e interrotto, e che altrettanto succeda alle loro mamme, che in quelle condizioni possono effettuare controlli tattili rispetto allo stato del piccolo, spesso senza essere del tutto sveglie. Dunque la maggiore facilità di risveglio, e la maggiore eccitabilità del neonato quando dorme vicino alla madre, lungi dall'essere, come strumentalmente sostenuto dai detrattori del cosleeping, la prova che questa pratica “non fa

³⁷ Le fonti sono indicate nell'elenco degli articoli sulla SIDS in fondo alla bibliografia.

³⁸ Tra gli altri: Honegger Fresco (2006)

³⁹ Questa raccomandazione proviene, oltre che da diverse indagini sulla SIDS, anche da tutti i testi del Dr Sears.

⁴⁰ Vedi nota precedente.

⁴¹ McKenna, Mosko *et al.* (1997).

⁴² Mosko, Richard *et al.* (1997).

⁴³ Ci si riferisce qui alle teorie di D. N. Stern. Una lettura accessibile di questo autore: Stern (1991).

⁴⁴ Mosko, Richard *et al.* (1996).

dormire bene il bambino", potrebbe essere invece un regalo dell'evoluzione che proprio in questa facilità di risveglio ripone le migliori garanzie di sopravvivenza del piccolo.

Il figlio del vicino dorme sempre tutta la notte

➔ Il bambino sano e normale tra zero e dodici mesi si sveglia da quattro a sei volte per notte.

Il sonno lungo e ininterrotto al di sotto dei 2-3 anni è soltanto un mito da sfatare. Consolatevi, i genitori di bambini che dormono come ghiri tutta la notte sono mosche bianche, e forse alcuni barano anche un po'! Gli studi sui risvegli notturni nel primo anno di vita ci dicono che una media di 4-6 risvegli per notte è da considerarsi del tutto normale, tenendo anche conto che queste medie sono costituite da bambini che si destano una o due volte sommati ad altri che arrivano a oltre 7-8 risvegli.

Un primo studio⁴⁵ ci riporta 8,8 risvegli a notte intorno a un mese di vita, 7,4 sui 3 mesi, 5,9 intorno ai 5 mesi, 4,9 nella fascia da 6 a 12 mesi; un altro⁴⁶ riporta valori poco più bassi: 2,9 a 3 mesi, 3,5 a 6 mesi, 4,7 a 9 mesi, 2,6 a un anno. Si tratta di cifre che si accordano meglio con la comune osservazione che intorno agli otto mesi il sonno si interrompe più spesso. Un terzo lavoro⁴⁷ sempre in linea con questa idea, distingue tra cosleeper e solitari: i primi si svegliano 5,3 volte a notte a 6 mesi, 7,5 a 9, 6,4 a un anno, mentre i solitari rispettivamente 2,3, 3,5, 3,6 risvegli per notte. "Ma allora se voglio dormire tranquillo devo mettere mio figlio a dormire da solo", logica deduzione? Non proprio: perché se misuriamo non *quante volte* si svegliano, ma *quanto tempo trascorrono svegli ogni notte*, scopriamo che *non ci sono differenze tra cosleeper e non*. Questo significa semplicemente che il cosleeper si sveglia più spesso ma si riaddormenta presto e facilmente, poiché riceve una risposta confortante *prima* di giungere a uno stato di attivazione e allarme. Anche per il genitore il fatto di non doversi alzare per consolare il figlio è un aspetto gradevole del cosleeping; in effetti gli studi qualitativi riportano spesso, nelle testimonianze dei familiari, il vantaggio di non doversi svegliare del tutto e non lasciare il letto.

Noo, il bambino è sveglio!

➔ Se evitiamo di pensare che ogni risveglio indichi che c'è qualcosa che non va, evitiamo anche il contagio dell'ansia.

Ovvio: se ci hanno detto che il sonno buono e sano è lungo e profondo, appena il bambino si sveglia pensiamo che ci sia qualcosa che non va, quindi facilmente sviluppiamo (e trasmettiamo) ansia e preoccupazione, nemici dichiarati del ben dormire; inoltre i bambini si lasciano facilmente contagiare da questi stati di agitazione. Le cose inizieranno ad andare meglio se ogni sera rileggerete il paragrafo precedente e reciterete il *mantra* "è **normale** che i bambini piccoli si sveglino più volte ogni notte". In questo modo vi preparerete ad affrontare con tranquillità e rapidità almeno i risvegli di routine, riportando velocemente al sonno il vostro piccolo. Ciò non sarà ovviamente così semplice se il risveglio è dovuto a dolori, incubi, o altre ragioni mediche che ovviamente è opportuno accertare e curare.

⁴⁵ Ficca et al. (1999)

⁴⁶ Goodlin-Jones et al. (2001)

⁴⁷ Mao, Burnham et al. (2004)

Va anche ricordato che ci sono bambini che manifestano naturalmente e precocemente la capacità (detta “self-soothing⁴⁸”) di autogestirsi il sonno e i risvegli, mentre altri richiedono un tempo molto maggiore per acquisirla; non c’è molto che i genitori possano fare (o non fare) per modificare questa predisposizione, né per accelerarne i tempi oltre misura. Si può solo restare orientati verso l’evoluzione positiva di queste autonomie, stimolandole con discrezione, accogliendole quando arrivano, aspettandole con pazienza quando tardano.

Il cosleeping dopo i 12 mesi



Ogni cosa a suo tempo: prima vicini, poi in camera vostra, poi da soli. Disporre le condizioni nel giusto ordine previene regressioni e invasioni.

Finora sono stati descritti i bisogni del neonato e del bambino fino all’anno di vita, bisogni che vengono soddisfatti al meglio con la vicinanza della madre durante la notte. Com’è ovvio per un individuo in crescita e in continua trasformazione, le sue necessità evolvono: alcune terminano mentre ne emergono di nuove, talvolta lasciando indietro i genitori che rimangono “affezionati” a certe modalità di accudimento anche quando esse sono, per così dire, scadute, e non corrispondono più alle esigenze del bambino, quando addirittura non interferiscono con la sua maturazione. Anche il cosleeping non è più una priorità una volta superata la fase di angosce degli 8-12 mesi. Non è possibile stabilire a priori per ciascun bambino il momento giusto per voltare pagina rispetto al sonno, ma si possono indicare tappe che dovrebbero essere raggiunte *in questo ordine* e, salvo momenti particolari di bisogno, non dovrebbero essere reversibili:

- ◆ Si inizia con il cosleeping dal primo giorno di vita.
- ◆ Con lo svezzamento diviene sufficiente condividere la stanza, condizione da prolungare quanto basta per rassicurare i figli durante la stagione delle “angosce post ottavo mese”.
- ◆ Occorre tenere presente anche l’evoluzione della locomozione: l’inizio del gattonamento e poi del camminare hanno effetti noti sulle dinamiche del sonno, causando maggiori risvegli⁴⁹.
- ◆ Quando la situazione è tranquilla, (*non* subito dopo la nascita di un fratellino, *non* in concomitanza con l’inserimento al nido o alla materna, *non* subito dopo un trasloco, ecc.) si passa alla conquista del sonno solitario o comunque fuori dalla stanza dei genitori.

Naturalmente le fasi di transizione vanno accompagnate da un po’ di impegno e cura: accade che inizialmente il bambino si svegli di notte, scenda dal suo lettino e vada da mamma e papà. Una frase di conforto, una coccola, poi lo si riaccompagna da dove è venuto, con dolcezza ma anche senza tentennamenti: è una conquista che ha fatto al momento giusto e con le opportune basi affettive, dunque non c’è motivo di vacillare. Se invece vi chiama restando nel suo letto, inizialmente andate da lui e confortatelo, cercando anche di capire se ha fatto un brutto sogno. In seguito, se la disposizione della casa lo consente, provate a confortarlo semplicemente parlandogli senza lasciare il vostro letto. Naturalmente se vi accorgete che si trova in una condizione di bisogno particolare e insolita (incubi, dolori addominali, sintomi di otite, ecc.), rispondete adeguatamente alle sue richieste.

“Ma se non funziona? Se non riusciamo a farlo dormire da sé neanche a due anni?” In questi casi occorre valutare con maggiore attenzione la situazione, perché le cause del problema possono essere molteplici, e difficilmente si possono risolvere senza conoscerle. Certo è che a questa età sono finiti i bisogni specifici di cui si è parlato in queste pagine, e di fronte alla presunta

⁴⁸ Il termine è di uso generale; nella nostra bibliografia è illustrato in particolare in Goodlin-Jones (2001)

⁴⁹ Scher e Cohen (2005).

impossibilità di avere notti tranquille il rimedio non è quello di prolungare indefinitamente il cosleeping. Certe volte sembra perfino esserci un bisogno *di uno o entrambi i genitori* che il figlio dorma più a lungo del necessario in loro compagnia. Ecco una situazione tipica:

- ♦ il bimbo già oltre i 12-18 mesi dorme vicino alla mamma nel lettone.
- ♦ Nonostante non mostri particolari ansie rispetto al sonno, egli si allarma molto e manifesta forte angoscia alla sola prospettiva di lasciare il lettone.
- ♦ Per le dimensioni corporee e per i frequenti movimenti (scalcia, si gira, ecc.) Il padre finisce per trasferirsi in un altro letto, magari proprio quello destinato al figlio.
- ♦ Questa condizione rischia di diventare stabile anche per mesi o anni, pur essendo iniziata come strategia notturna e occasionale per riuscire a dormire.

Sarebbe bene cercare di evitare al possibile di arrivare a questo punto, poiché una situazione del genere che non comporta vantaggi né per il bambino né per i genitori, e per uscirne occorre poi molta fatica; dunque evitate inopportuni scambi di letto e peregrinazioni notturne, peggio se stabili, quando il bambino già cammina, è svezzato, e vi tiene in scacco spadroneggiando sulle vostre notti. Quando ciò accade è consigliabile una consultazione psicologica alla coppia che permetta di riportare il bambino a una capacità che ora può certamente permettersi, quella di dormire da solo, sia pur con l'accompagnamento iniziale dell'adulto.

Bibliografia generale

- Abel S., Park J., Tipene-Leach D., Finau S., Lennan M. (2001) *Infant care practices in New Zealand: a cross-cultural qualitative study*. Soc Sci Med. 2001 Nov; 53(9):1135-48.
- American Academy of Pediatrics (2005) *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. Pediatrics, Feb 2005; 115: 496 - 506 tr. it. *Allattamento e uso di latte umano*. Pediatrics ediz. italiana, Feb. 2005; 17: 105 - 116.
- Anders T.F., Keener M. (1985) *Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life*. Sleep. 1985;8(3):173-92.
- Baddock S.A., Galland B.C., Beckers M.G., Taylor B.J., Bolton D.P. (2004) *Bed-sharing and the infant's thermal environment in the home setting*. Arch Dis Child. 2004 Dec;89(12):1111-6.
- Baddock S.A., Galland B.G., Bolton D.P.G., Williams S.M., Taylor B.J. (2006) *Differences in Infant and Parent Behaviors During Routine Bed Sharing Compared With Cot Sleeping in the Home Setting*. Pediatrics 2006;117;1599-1607
- Blampied NM, France KG. (1993) *A behavioral model of infant sleep disturbance*. J Appl Behav Anal. 1993 Winter;26(4):477-92.
- Bowlby, J. (1989) *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina
- Caudill W., Weinstein H (1962) *Maternal care and infant behavior in Japan and in America*. Psychiatry. 1969 Feb;32(1):12-43.
- Chamlin S.L., Mattson C.L., Frieden I.J., Williams M.L., Mancini A.J., Cella D., Chren MM. (2005) *The price of pruritus: sleep disturbance and cosleeping in atopic dermatitis*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005 Aug;159(8):745-50.
- Cortesi F., Giannotti F., Sebastiani T., Vagnoni C. (2004) *Cosleeping and sleep behavior in Italian school-aged children*. J. Dev Behav Pediatr. 2004 Feb;25(1):28-33.
- DiMenna L. (2006) *Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol*. Neonatal Netw. 2006 Nov-Dec;25(6):405-12.
- Douglas P.S. (2005) *Excessive crying and gastro-oesophageal reflux disease in infants: misalignment of biology and culture*. Med Hypotheses. 2005;64(5):887-98.
- Eckerberg B. (2004) *Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being*. Acta Paediatr. 2004 Jan;93(1):126-34.
- Eibl-Eibesfeldt I. (1993) *Etologia Umana*. Torino: Bollati Boringhieri
- Estivill E., De Béjar S. (1999) *Fate la nanna*. Firenze: Mandragora.
- Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. (2002a) *Skin-to-skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration*. Dev Psychol. 2002 Mar;38(2):194-207.
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. (2002b) *Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development*. Pediatrics. 2002 Jul;110(1 Pt 1):16-26.

- Ficca G., Fagioli I., Giganti F., Salzarulo P. (1999) *Spontaneous awakenings from sleep in the first year of life*. *Early Hum Dev.* 1999 Jul;55(3):219-28.
- France KG, Hudson SM. (1990) *Behavior management of infant sleep disturbance*. *J Appl Behav Anal.* 1990 Spring;23(1):91-8.
- France KG. (1992) *Behavior characteristics and security in sleep-disturbed infants treated with extinction*. *J Pediatr Psychol.* 1992 Aug;17(4):467-75.
- Fukumizu M., Kaga M., Kohyama J., Hayes MJ. (2005) *Sleep-related nighttime crying (yonaki) in Japan: a community-based study*. *Pediatrics.* 2005 Jan;115(1 Suppl):217-24.
- Gaddini R. (1970) *Transitional objects and the process of individuation: a study in three different social groups*. *J. Am Acad Child Psychiatry.* 1970 Apr;9(2):347-65.
- Gandini L. (1986) *Parent-child interaction at bedtime: Strategies and rituals in families with young children*. Paper presented at the European Conference on Developmental Psychology, Rome, Italy.
- Gantley M. (1994) *Ethnicity and the sudden infant death syndrome: anthropological perspectives*. *Early Hum Dev.* 1994 Sep 15;38(3):203-8.
- González C. (2005) *Bésame mucho*. [senza luogo]:Coleman Editore
- Goodlin-Jones B.L., Burnham M.M., Gaylor E.E., Anders TF. (2001) *Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life*. *J. Dev Behav Pediatr.* 2001 Aug;22(4):226-33
- Harris J.R. (1999) *The Nurture Assumption: Why Children Turn Out the Way They Do*. New York: Simon & Schuster tr. it: *Non è colpa dei genitori*. Milano: Mondadori.
- Hayes M.J., Parker K.G., Sallinen B., Davare AA. (2001) *Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood*. *Sleep.* 2001 Sep 15;24(6):657-62.
- Hong, K., Townes B. (1976) *Infants' attachment to inanimate objects: A cross-cultural study*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 15., 49-61.
- Hunziker U.A., Barr R.G. *Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial*. *Pediatrics* 1986;77(5):641-8.
- Javo C., Ronning J.A., Heyerdahl S. (2004) *Child-rearing in an indigenous Sami population in Norway: a cross-cultural comparison of parental attitudes and expectations*. *Scand J. Psychol.* 2004 Feb;45(1):67-78.
- Jenni O.G., Fuhrer H.Z., Iglowstein I., Molinari L., Largo RH. (2005) *A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life*. *Pediatrics.* 2005 Jan;115(1 Suppl):233-40.
- Kataria S., Swanson M.S., Trevathan GE. (1987) *Persistence of sleep disturbances in preschool children*. *J. Pediatr.* 1987 Apr;110(4):642-6.
- Keller M.A., Goldberg W.A. (2004) *Co-Sleeping: Help or Hindrance for Young Children's Independence?* *Inf. Child Dev.* 2004 13: 369-388
- Latz S., Wolf A.W., Lozoff B. (1999) *Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States*. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999 Apr;153(4):339-46.
- Leboyer F. (1998) *Per una nascita senza violenza - Il parto dal punto di vista del bambino*. Milano: Bompiani.
- Lester BM. *Introduction: there's more to crying than meets the ear*. In: Lester BM, Boukydis CFZ, editors. *Infant crying: theoretical and research perspectives*. New York: Plenum Press; 1985. p. 1-27
- Liu X., Liu L., Wang R. (2003) *Bed sharing, sleep habits, and sleep problems among Chinese school-aged children*. *Sleep.* 2003 Nov 1;26(7):839-44.
- Liu X., Liu L., Owens J.A., Kaplan DL. (2005) *Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China*. *Pediatrics.* 2005 Jan;115(1 Suppl):241-9.
- Louis J., Govindama Y. (2004) *[Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross cultural perspective]*. *Arch Pediatr.* 2004 Feb;11(2):93-8. Review. French.
- Lozoff B., Wolf A.W., Davis NS. (1984) *Cosleeping in urban families with young children in the United States*. *Pediatrics.* 1984 Aug;74(2):171-82.
- Lozoff B., Askew G.L., Wolf AW. (1996) *Cosleeping and early childhood sleep problems: effects of ethnicity and socioeconomic status*. *J. Dev Behav Pediatr.* 1996 Feb;17(1):9-15.
- Mao A., Burnham M.M., Goodlin-Jones B.L., Gaylor E.E., Anders TF. (2004) *A comparison of the sleep-wake patterns of cosleeping and solitary-sleeping infants*. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2004 Winter;35(2):95-105.
- McKenna J.J., Mosko S., Dungy C., McAninch J. (1990) *Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: a preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS)*. *Am J. Phys Anthropol.* 1990 Nov;83(3):331-47.