

# SONNO E RELAZIONE DI ATTACCAMENTO

Una lettura possibile dei disturbi del sonno nell'infanzia

ANNAMARIA MOSCHETTI<sup>1</sup>, MARIA LUISA TORTORELLA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di famiglia, Palagiano (Taranto)

<sup>2</sup>Pediatra, Grumo Appula (Bari)



Il sonno "disturbato" è un problema che viene riportato all'attenzione del pediatra con una certa frequenza. La letteratura internazionale conferma l'alta prevalenza dei disturbi del sonno (DS) nella popolazione pediatrica<sup>1,2</sup>. I dati italiani di prevalenza nelle varie fasce di età, raccolti da G. Rapisardi (ACP Toscana) nel 1998<sup>3</sup>, sono riportati nella *Figura 1*. Un dato così elevato di prevalenza, soprattutto in particolari fasce d'età (48,1% a 2 anni), richiede riflessione e l'attenta disamina di tre aspetti:

1. il limite tra quello che è normale e quello che è patologico in un processo che presenta un'evoluzione rapida nelle prime epoche della vita;
2. l'assunzione di criteri condivisi per la diagnosi;
3. la ricerca e l'individuazione di eventuali fattori ambientali che rendono disadattativa l'organizzazione degli stati di coscienza per come si è stabilita nel corso dell'evoluzione dell'uomo (è probabile che qualche problema di sonno dei bambini sia di fatto insorto a seguito di pratiche culturali che potrebbero essere incongruenti con aspetti della biologia del sonno o con gli stadi dello sviluppo emozionale del bambino)<sup>4</sup>.

Si riscontra attualmente un'assoluta incertezza nei criteri diagnostici<sup>1,3,5-7</sup>: quale sia il numero di risvegli per ogni età che definisca il limite della norma, come si possa oggettivare la "difficoltà ad addormentarsi", tenuto conto che questi dati sono riportati dalla madre che ha una tolleranza variabile al sintomo che lei stessa definisce come tale attraverso il filtro della sua personalissima sensibilità: ciò che è "troppo" per una donna non lo è per un'altra. E d'altra parte dal pediatra giungono solo i pazienti definiti dalla madre "patologici", non quelli che rientrerebbero nel criterio attraverso valutazioni "oggettive". Questa constatazione obbliga alla preliminare considerazione che il disturbo del sonno debba essere letto e interpretato come disturbo della qualità della coscienza condivisa dalla diade madre-bambino (*Nota 1*).

## Il sonno e le sue fasi

Il sonno comportamentale è la somma di due distinti e diversissimi stati funzionali della coscienza: il sonno non-REM e il sonno REM. Questi due stati si sommano allo stato di coscienza della veglia componendo la coscienza nel suo insieme. L'organizzazione degli stati di coscienza muta nel cor-



## OLTRE LO SPECCHIO

so dello sviluppo, ma si mantiene caratteristicamente polifasica. Stati di veglia e di sonno si alternano con regolarità; quello che muta è la durata degli stati di veglia e sonno durante le 24 ore. Il neonato ha periodi di veglia e di sonno di durata simile, distribuiti egualmente durante il giorno e la notte (cicli di circa 3-4 ore). In seguito, maturando il controllo della melatonina (la cui produzione inizia verso i 3 mesi e raggiunge il suo standard a 2 anni) e con il concorso delle abitudini, i periodi di veglia diurna aumentano di durata fino a occupare la totalità del giorno solare (a circa 5 anni), e i periodi di veglia notturna si riducono al numero di 3-4 di brevissima durata, dei quali c'è riscontro polisomnografico, ma non memoria soggettiva. Tali risvegli hanno la funzione di riposizionare il corpo, ma soprattutto di monitorare l'ambiente per intercettare possibili pericoli che determinano un risveglio protratto completo (Figura 2).

Infatti, caratteristica del sonno è la riduzione della sensibilità agli stimoli esterni (massima nello stadio 4 non-REM), la riduzione del tono muscolare che raggiunge il quadro della inibizione paralitica (blocco presinaptico dell'impulso nervoso) del tono muscolare posturale antigravitario durante il sonno REM, necessaria per impedire che vengano agiti i sogni, nonché l'assenza dell'attenzione vigile.

Il sonno pertanto rappresenta una situazione di estrema vulnerabilità e di rischio potenziale per la

sopravvivenza. I fisiologici risvegli notturni intrasonno ne sono baluardo. Ogni condizione di pericolo, percepito come presente o rappresentato come possibile, attraverso le emozioni rispettivamente della paura e dell'ansia, inibisce il sonno e aumenta i risvegli intrasonno di numero e durata, fino al quadro del risveglio completo (Nota 2).

Durante il sonno non-REM, inoltre, ci sono periodi caratterizzati da cicli di superficializzazione e approfondimento del sonno (pattern alternante ciclico: CAP) e durante tutte le fasi del sonno fenomeni definiti "arousals", sorta di parziali risvegli che occorrono regolarmente.

Entrambi questi fenomeni aumentano per la presenza di stimoli interni (ad es. ipossia) o esterni (ad es. rumori), concorrendo al monitoraggio della sicurezza attraverso l'incremento del tono muscolare, della sensibilità agli stimoli e la predisposizione al risveglio.

Il neonato e il bambino, a causa della loro costituzionale maggiore vulnerabilità, hanno un'organizzazione degli stati di coscienza e una qualità degli stessi che enfatizza le strutture difensive. Il CAP occupa nel neonato il 100% del sonno non-REM (nell'adulto il 30-40%), la soglia degli arousals è più bassa<sup>7</sup>, il REM non è paralitico come nell'adulto (fino all'età di 2 anni). In definitiva il neonato e il bambino presentano una risvegliabilità maggiore fisiologicamente.

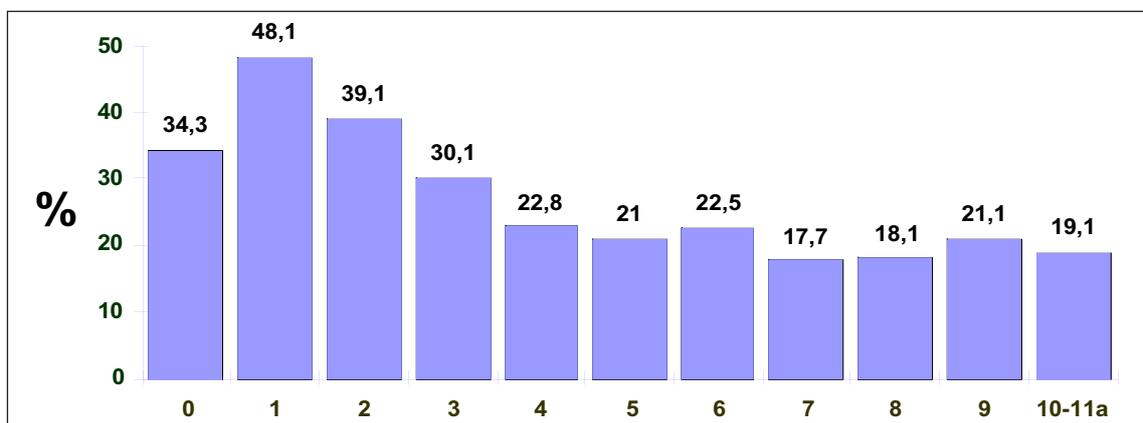


Figura 1. Prevalenza dei disturbi di sonno nelle varie fasce di età.

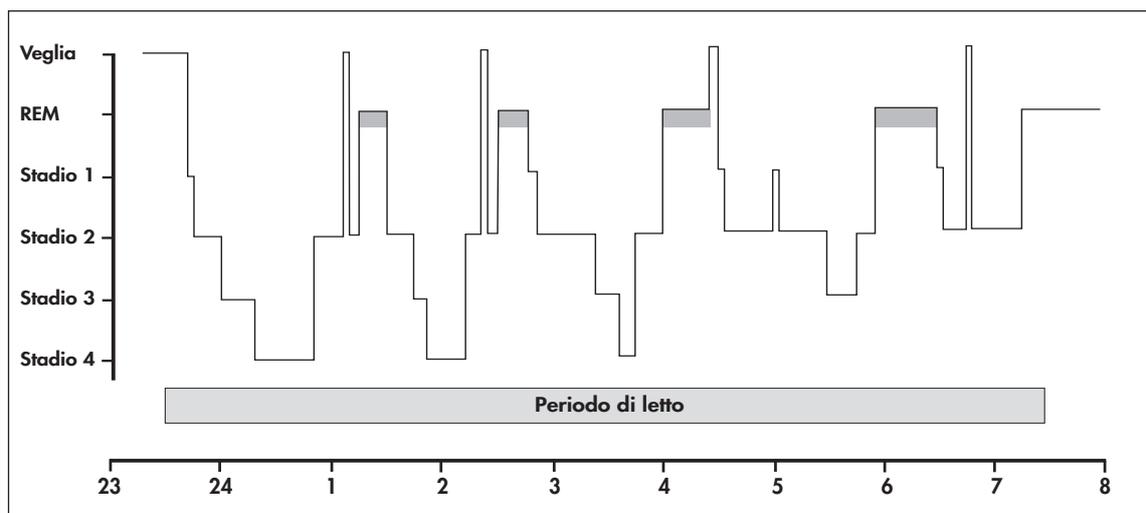


Figura 2. Ipnotogramma tipico del sonno di un adulto (fasi del sonno).

## Il cosleeping e i rapporti inconsapevoli

Il cosleeping, modalità di sonno tipica dei mammi-feri e, per buona parte della storia e delle culture, anche degli esseri umani, incrementa il numero degli arousals e dei risvegli nel bambino e anche nella madre in funzione rispettivamente auto ed eterodifensiva. La durata totale del sonno del bambino non risulta essere ridotta, trattandosi di risvegli più numerosi ma più brevi<sup>11</sup>. L'importanza di queste funzioni per la sopravvivenza è dimostrata dal ruolo del deficit di arousals nella SIDS, e dell'incremento della SIDS nei bambini posti a dormire in una camera diversa dalla madre.

Abbiamo osservato come fisiologicamente la madre e il bambino condividano un sonno più superficiale. Questo dato concorre a spiegare le difficoltà nelle quali possono venirsi a trovare madri che hanno già sofferto o soffrono di disturbi del sonno (Nota 3). Spiega anche la differente tolleranza individuale delle madri ai risvegli fisiologici del figlio, e la definizione come problematici di sonni che alle registrazioni oggettive appaiono normali.

La maternità svela patterns disadattativi materni che concorrono a determinare la qualità dell'accudimento, finendo per incidere sulla qualità del sonno del bambino. È dimostrato infatti che l'ansia e la depressione materne sono fattori determinanti i DS del bambino, e che i figli di donne che hanno sofferto da piccole di DS o ne soffrono ancora hanno maggiore probabilità di avere essi stessi un DS<sup>3</sup>.

La ricerca scientifica conferma che la stessa descrizione del neonato da parte della madre come irritabile o difficile è prevedibile in modo più accurato a partire dalle caratteristiche materne (specie dai sentimenti di mancanza di autostima nell'accudire il neonato) che non attraverso le valutazioni oggettive (ad es. NBAS o le valutazioni delle infermiere).

Parallelamente a quello che avviene durante il sonno, nel lattante e nel bambino, rispetto all'adulto, anche nello stato di veglia è fisiologica una maggiore facilità ad addivenire a stati di attivazione con disorganizzazione comportamentale e pianto, le cui funzioni difensive (attraverso il conseguimento della vicinanza con un adulto protettivo) sono ovvie.

## L'attaccamento

A partire dal 7°-9° mese di vita il bambino diviene maggiormente protagonista della propria sopravvivenza attraverso la ricerca consapevole della vicinanza con un adulto protettivo. In realtà in questo periodo (a differenza dei mesi precedenti) riconosce e individua un adulto specifico come figura di attaccamento. Il bambino monitorizza la distanza dal caregiver e cerca attivamente di tenersi vicino. La percezione della separazione (presente o possibile) dal caregiver produce, in quanto tale, intense emozioni di paura e ansia. Il conseguimento della vicinanza, invece, induce tranquillità. Il contesto, se presenta elementi vissuti come minacciosi dal bambino, attiva il comportamento.

Il sistema comportamentale innato (SCI) dell'attaccamento, geneticamente programmato, descritto

da Bowlby, si attiva con funzioni difensive in questo periodo della vita e rimane fortemente attivato fino al 3° anno di vita decrementando lentamente.

Il comportamento di attaccamento ha un suo corrispettivo nella tendenza innata della madre ad accudire il suo bambino, a rispondere alle sue richieste e a sedarne il pianto. Il modo specifico di ogni madre di rispondere alle richieste del figlio, modulandone così gli stati di attivazione, è dipendente dalla sua storia personale e dalla sua storia transgenerazionale. Si configura così la "relazione di attaccamento". Siamo debitori ad Ainsworth della formulazione del test della Strange Situation. Si tratta di un test di laboratorio in cui il bambino viene sottoposto a una situazione moderatamente stressante di separazione dalla madre in ambiente sconosciuto e in presenza di persona sconosciuta, con successivo ricongiungimento, nel periodo in cui il SCI dell'attaccamento è massimamente funzionante, e cioè a 12-18 mesi (Tabella 1).

Tale test, validato presso tutte le culture del mondo, mostra come la relazione di attaccamento si organizzi in 4 tipi fondamentali (l'ultimo tipo introdotto successivamente da Main e Solomon):

- Attaccamento sicuro o di tipo B (57%)
- ansioso evitante o di tipo A (22,5%)
- ansioso ambivalente o di tipo C (20%)
- disorganizzato o di tipo D (quando presa in considerazione, 12,5%) (Nota 4).

I bambini con attaccamento di tipo B protestano alla separazione, all'atto della ricongiunzione cercano la madre, ne sono prontamente tranquillizzati e riprendono l'esplorazione dell'ambiente (equilibrio fra attaccamento ed esplorazione).

I bambini con attaccamento di tipo A protestano poco o niente, esplorano facilmente e al ritorno della madre non la cercano, anzi continuano a giocare, riservandole al massimo sguardi "obliqui". In questi bambini, la registrazione di parametri fisiologici come la frequenza cardiaca mostra che il SCI è stato attivato, ma ne è inibita l'espressione emozionale (squilibrio a sfavore dell'attaccamento, SCI dell'attaccamento ipoattivato).

I bambini con attaccamento di tipo C appaiono già ansiosi quando introdotti nell'ambiente e si separano difficilmente dalla madre per esplorare, protestano grandemente alla separazione, ma soprattutto appaiono difficilmente consolabili all'atto della ricongiunzione, manifestando ricerca del contatto ma anche rifiuto, rabbia e forti proteste (squilibrio a sfavore dell'esplorazione, SCI dell'attaccamento iperattivato).

I bambini con attaccamento di tipo D sono presenti prevalentemente (fino all'80%) in popolazioni cliniche di bambini maltrattati o soggetti ad abusi o le cui madri hanno subito gravi traumi nei due anni precedenti la nascita del bambino (si rimanda ai testi specifici).

## La base si cura

Quello che distingue i tre gruppi dal punto di vista eziologico è la dimostrazione del diverso stile di accudimento. Le madri del primo gruppo hanno corrisposto, nei diversi episodi di separazione della loro storia interattiva, alle richieste di vicinanza del

# OLTRE LO SPECCHIO

## GLI EPISODI DELLA STRANGE SITUATION

Numero episodio	Persone presenti	Durata	Breve descrizione
1	Madre, bambino e osservatore	30 sec.	L'osservatore introduce la madre e il bambino nella stanza e poi esce.
2	Madre e bambino	3 min.	La madre non partecipa mentre il bambino esplora; se necessario, il gioco viene stimolato dopo 2 minuti.
3	Madre, bambino ed estraneo	3 min.	Entra l'estraneo. Primo minuto: l'estraneo rimane in silenzio. Secondo minuto: conversa con la madre. Terzo minuto: avvicina il bambino. Dopo 3 minuti la madre esce in modo non intrusivo.
4	Bambino ed estraneo	3 min. o meno	Prima separazione. Il comportamento dell'estraneo viene adattato a quello del bambino.
5	Madre e bambino	3 min. o meno	Prima riunione. La madre saluta e/o conforta il bambino, poi tenta di coinvolgerlo nuovamente nel gioco. Esce salutandolo il bambino.
6	Bambino da solo	3 min. o meno	Seconda separazione.
7	Bambino ed estraneo	3 min. o meno	Continuazione della seconda separazione. L'estraneo entra e adegua il proprio comportamento a quello del bambino.
8	Madre e bambino	3 min. o più	Seconda riunione. La madre saluta, prende in braccio il bambino, lo conforta, poi tenta di coinvolgerlo nuovamente nel gioco.

Fonte: da voce bibliografica 43, modificata

Tabella 1. Schema della Strange Situation.

bambino in maniera sensibile e attenta. Il bambino ha potuto così sperimentare una efficace modulazione, eteroguidata, dei propri stati di attivazione o arousal indotti dall'ansia e dalla paura. In un periodo di sviluppo del SNC, la ripetizione di particolari profili di attivazione pone le basi per la futura auto-organizzazione intesa come capacità di auto-modulare i propri stati di attivazione secondo modalità precedentemente e ripetutamente esperite, che hanno determinato la creazione di particolari profili neurali ("Il caregiver primario agisce in qualità di regolatore psicobiologico esterno della crescita, dipendente dall'esperienza, del SNC"). Inoltre, la mentalizzazione, ora possibile, delle esperienze vissute, concorre alla costruzione di Modelli Operativi Interni (MOI) di se stesso come efficace e della madre come accessibile e soccorrevole, che pongono le basi per la costruzione di un senso di sicurezza interiore e di fiducia, e questo costituisce il fondamento del controllo mentale degli stati di ansia (È il bambino che sperimenta una dipendenza efficace, piuttosto che quelli definiti inappropriatamente "precocemente indipendenti" che in previsione è più indipendente dal punto di vista emozionale). Il bambino con attaccamento di tipo A è figlio di donne che hanno minimizzato le richieste di vicinanza, soprattutto quella fisica e che, con costanza e coerenza, si sono comportate in maniera evitante. I bambini hanno appreso a ridurre le richieste per evitare la maggiore disorganizzazione che ne sarebbe derivata. L'e-

spressione emozionale minimizzante è la stigmata e il miglior risultato ottenibile in quella relazione. Essa diviene, insieme al deficit di empatia, una caratteristica stabile nel tempo di questi soggetti.

I bambini con attaccamento di tipo C sono stati sottoposti a cure incostanti, derivanti dall'irrompere nella relazione con la madre di ricordi di questa, agiti nel presente, ma appartenenti a tematiche relative all'attaccamento provenienti dal suo passato e non risolte, evocate dal contesto presente dell'accudimento del figlio. Le madri si comportano in maniera inaffidabile, talora sensibili, ma talora inappropriate perché intente alla relazione coi propri "fantasmi". Il bambino cerca di innalzare il più possibile il livello (tono) delle proprie richieste per essere sicuro che esse abbiano effetto.

### Cosleeping e generalità del risveglio

Nel periodo dell'emergere del SCI dell'attaccamento il motivo principale di paura e ansia per il bambino è la separazione dalla madre. La paura e l'ansia sono potenti inibitori del sonno.

In questo periodo i risvegli fisiologici in sonno, nella misura in cui il bambino si colga distante da sua madre e in una situazione ansiogena come il bambino, danno esito, non tanto a una veglia quieta seguita da riaddormentamento, quanto a risvegli completi caratterizzati dal richiamo, dal

## OLTRE LO SPECCHIO

pianto, dalla ricerca di vicinanza. In effetti i bambini che dormono tutta la notte con i genitori (*supercosleepers*) mostrano minori risvegli notturni, rispetto ai bambini posti a dormire da soli<sup>50</sup>. Laddove per motivi culturali il bambino, nel periodo che va da 9 mesi a 3 anni, sia posto a dormire distante dalla madre, dovremmo aspettarci il verificarsi di una situazione stressante e dunque una sorta di test della Strange Situation applicato sulla popolazione infantile.

La popolazione infantile dovrebbe esprimere tre tipi di comportamento:

1. Una parte dei bambini (attaccamento ansioso-evitante) dovrebbe separarsi facilmente, svegliarsi ma non richiamare mai durante la notte.
2. La maggior parte dei bambini (attaccamento sicuro) dovrebbe risvegliarsi e chiamare, cercare e ottenere la vicinanza da una madre sensibile al richiamo del bambino. Questi risvegli, seppur numerosi, non dovrebbero essere né problematici (il bambino si consola facilmente) né ritenuti tali da una madre empatica e consapevole dell'ansia del figlio. Nel tempo, questi bambini, sulla scorta di un crescente senso di sicurezza interiore, dovrebbero ridurre i risvegli con segnale, avendo imparato a riaddormentarsi da soli, contribuendo così a incrementare il gruppo dei non risvegliatori.
3. Una parte dei bambini invece (attaccamento ansioso-ambivalente) dovrebbe presentare dei risvegli frequenti come il gruppo precedente, ma caratterizzati dalla inconsolabilità e dalla difficoltà a ridurre il proprio stato di attivazione in risposta all'intervento materno. All'atto dell'addormentamento dovrebbero presentare una grande resistenza a separarsi. Da questo gruppo dovremmo aspettarci il persistere oltre il periodo fisiologico dell'attaccamento (3 anni) di disturbi della modulazione degli stati di attivazione (difficoltà ad addormentarsi o a riaddormentarsi), con una persistenza dei disturbi del sonno nel tempo, fondata sulla deficitaria acquisizione di modelli efficaci di auto-organizzazione.

### Il sonno del bambino nelle diverse culture

In effetti, la ricerca sembrerebbe confermare questa ipotesi. Come già detto, presso le popolazioni o gli individui che praticano il supercosleeping sono riferiti minori risvegli notturni e minore ricorso al pediatra per problemi di sonno<sup>51,52</sup> (Tale pratica culturale non elimina ovviamente gli attaccamenti insicuri, ma non li evidenzia).

Per contro presso i popoli e i sottogruppi di popolazione che praticano l'abitudine di porre a dormire separatamente i bambini si riscontrano tre comportamenti differenti come atteso:

1. Un gruppo di bambini non chiama mai durante la notte e rimane nel suo lettino.
2. Un gruppo si sveglia ripetutamente e passa dal lettino al lettone (*part-night cosleepers*). Questo gruppo registra un numero significativamente alto di risvegli notturni, tempo di addormentamento, oppositività nell'andare a letto<sup>13</sup>. Tale situazione, che presenta un evidente picco nel periodo dell'attaccamento, mostra uno spontaneo decremento nel tempo<sup>13,51</sup>.
3. Ne residua uno zoccolo duro di bambini *part-ni-*

*ght cosleepers* con un disturbo persistente del sonno. Questo gruppo è dimostrato appartenere in maniera statisticamente significativa ai bambini con attaccamento ansioso-ambivalente. Questo tipo di attaccamento in quanto tale è predittivo di persistenza di DS nel tempo<sup>8</sup>.

### Attaccamento e disturbi del sonno

Da tempo è nota la relazione tra attaccamento e disturbi di sonno. Lo studio di Benoit sulle rappresentazioni mentali relative all'attaccamento studiato col test dell'*Adult Attachment Interview* (AAI) dimostra come il 100% delle madri di bambini con disturbi di sonno presentino un attaccamento insicuro. Ed è questa una conferma indiretta della tesi esposta, essendo noto che la qualità delle rappresentazioni mentali relative all'attaccamento, registrate tramite il test dell'AAI alla madre fin dalla gravidanza, correla in maniera statisticamente significativa col tipo di attaccamento che suo figlio esprimerà al test della Strange Situation all'età di 12-18 mesi a dimostrazione della trasmissione transgenerazionale dei patterns di attaccamento e con questi della qualità e dell'organizzazione degli stati di arousals (Tabella II).

GENITORE (AAI)		BAMBINO (Strange Situation)
Sicuro	➔	sicuro
Distanziante	➔	insicuro - evitante
Preoccupato	➔	insicuro - ambivalente
Non risolto	➔	disorganizzato

Tabella II. Correlazione fra il tipo di attaccamento della madre (valutato con l'AAI) e quello del bambino (valutato con la Strange Situation).

Una metanalisi condotta da van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg<sup>61</sup> su studi basati sull'utilizzazione dell'AAI indica che un attaccamento insicuro della madre sembra essere associato a una più alta incidenza di malattie psichiatriche, inclusi disturbi d'ansia e dell'umore nel bambino. Questo ulteriore dato sembra spiegare come agiscano i disturbi affettivi della madre nell'influenzare i disturbi di sonno del bambino, e cioè probabilmente anche attraverso la trasmissione di uno stile di attaccamento insicuro.

Il lavoro di Morrell e Steele<sup>8</sup> mostra altri due aspetti interessanti:

1. La presenza di DS in figli di madri depresse sembra un fenomeno transitorio nella maggior parte dei casi. Lo studio di Radke su stili di attaccamento nei figli di madri con depressione medio-grave rivela la prevalenza di attaccamenti insicuri con predominanza di attaccamento di tipo A, C o A/C (un sottogruppo con caratteristiche miste) rispetto ai figli di madre non depressa o con depressione minore. La presenza di un gruppo di bambini con attaccamento di tipo C darebbe conto di quella parte di figli di madre depressa che presenta DS persistenti nel tempo, dimostrata da Morrell e Steele.
2. L'altro aspetto è la significativa presenza nei bambini con DS persistenti di atteggiamenti geni-

## OLTRE LO SPECCHIO

toriali di conforto attivo al momento del sonno, dato che trova una conferma universale nella letteratura. Poiché questo dato, nello studio in parola, è relativo a tutta la popolazione studiata, senza la formulazione di sottogruppi secondo gli stili di attaccamento, è lecito supporre che sia riferita al gruppo dei bambini con attaccamento ansioso-ambivalente.

Così come per i disturbi d'ansia del periodo successivo, anche nel periodo che va dai 7-9 mesi ai 3 anni, sono da considerarsi di natura adattativa, e quindi non patologici, quei comportamenti transitori reattivi a fattori stressanti contingenti. Tali devono considerarsi i ripetuti risvegli di questo periodo nei bambini posti a dormire separati dalla madre, e la difficoltà a separarsi al momento dell'andare a letto (è superfluo dire che l'ansia da separazione, essendo una dotazione comportamentale innata, non è in alcun modo "prevenibile" con pratiche di "educazione" precoci).

Il segno della patologia non consiste tanto nella reazione a un agente stressante, ma nella persistenza del sintomo oltre il tempo atteso, nella rigidità del comportamento (l'inconsolabilità o la difficile consolabilità rispetto ai tentativi di consolazione materni e la conseguente lunga durata dei risvegli intrasonno, la difficoltà nell'addormentamento) che rivela una organizzazione disfunzionale nel senso di un deficitario sviluppo di strategie di regolazione dell'arousal.

Il segno della patologia è anche l'assenza di comportamenti attesi per l'epoca di sviluppo.

### Il sonno del bambino e il pediatra

Il pediatra dovrà considerare dunque senza pregiudizi "culturali" le modalità proprie di ogni famiglia di organizzare il sonno, non essendoci nessuna ragionevole evidenza che il lettino, il lettone, il letto a castello piuttosto che il materassino giapponese, possano essere influenti nel determinare l'organizzazione degli stati di coscienza, che sembrano invece prepotentemente dipendere dal sistema di caregiving e questo da potenti spinte transgenerazionali:

- "there is unlikely to be one universally applicable "right way" (or time or place) to sleep";
- "we believe that it is inappropriate to fundamentally condemn the practice of bed sharing by professional advice"<sup>13</sup>.

Il dormire separati sembra determinare, nel periodo dell'attivazione del SCI dell'attaccamento, un "disturbo" del sonno più o meno consistente, ma assolutamente transitorio nelle relazioni diadiche "sicure" e per converso costituire un fattore di scompenso per i bambini con attaccamento ansioso-ambivalente.

Il pediatra dovrà incrementare le proprie conoscenze in materia e porre attenzione sia ai bambini che non mostrano nessuna difficoltà notturna nel periodo dell'ansia da separazione, sia a quelli che mostrano risvegli "problematici" per intensità dei sintomi e persistenza nel tempo, indipendentemente dal numero dei risvegli. Tale attenzione è necessaria anche perché la letteratura scientifica dimostra la correlazione degli attaccamenti insicuri

con lo sviluppo di disturbi psicopatologici, compresi i disturbi dell'umore (Rutter 1989; Sameroff 1989; Belsky, Rosemberg, Crnick 1995); in particolare è più probabile che il disturbo d'ansia in adolescenza sia associato con attaccamento ambivalente nell'infanzia.

Preme peraltro ricordare che gli attaccamenti insicuri costituiscono solo organizzazioni varianti a maggiore rischio, non essendo di per sé indicatori di patologia o predittori sicuri di patologia.

*Le illustrazioni fotografiche di questo Oltre lo Specchio, l'eclissi di luna e il bambino tra veglia e sonno (cortesia della dr.ssa Brenda Anderson, Masterton, Nuova Zelanda), sono state fatte utilizzando, nel macro, la tecnica del time-lapse, illustrata nelle Cartoline della Scienza di questo stesso numero.*

#### Note

1. Nello studio di Morrell e Steele si riporta il paradosso di una madre, il cui figlio era stato inserito fra i "casi" (cioè rispondente ai criteri di letteratura di bambini con disturbi di sonno), che non accettava assolutamente questa definizione: si riteneva madre felice di un bambino normale e sano.
2. Le sostanze catecolaminergiche (nor-adrenalina, dopamina, serotonina) promuovono la veglia e agiscono sul sistema REM-inibitore; CRH-ACTH-cortisolo inibiscono il sonno; CRH inibisce la melatonina.
3. Termine suggestivamente usato anche dai neuropsichiatri infantili con l'accezione di "attivazione" in veglia.
4. Percentuale di distribuzione presso la popolazione italiana.

#### Indirizzo per corrispondenza:

Annamaria Moschetti  
e-mail: [cetra@libero.it](mailto:cetra@libero.it)

#### Bibliografia

1. Richman N. A community survey of characteristics of one- to two-year-olds with sleep disruptions. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20:281-91.
2. Owens JA, Witmans M. Sleep Problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;154-79.
3. Rapisardi G, XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropediatria. Viterbo, 8-10 ottobre 1998.
4. Jenni OG, O'Connor BB. Children's Sleep: An Interplay Between Culture and Biology. *Pediatrics* 2005;115(suppl.):204-16.
5. OMS. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza. Ed. italiana a cura di AG Cazzullo. Ed. Masson, 1997.
6. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 2001; 107(6):1317-22.
7. Bruni O. Principi di medicina del sonno in età evolutiva. Mediserve, 2000.
8. Morrell J, Steele H. The role of attachment security, temperament, maternal perception, and acre-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal* 2003;24(5):447-68.
9. Goodlin-Jones BL, Anders TF. Relationship disturbances and parent-child therapy. *Sleep problems. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001;10(3):487-99.
10. McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach SF. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep* 1993;16(3):263-82.
11. Mosko S, Richard C, McKenna J. Sleep and Sudden Infant Death Syndrome Research. *Infant Arousals During Mother-Infant Bed Sharing: Implications for Infant. Pediatrics* 1997;100:841-9.
12. Jones BL, Gaylor EE, Anders TF. A comparison of the sleep-wake patterns of cosleeping and solitary-sleeping infants. In: Mao A, Burnham MM. *Goodlin-Child Psychiatry Hum Dev* 2004 Winter;35(2):95-105.
13. Jenni OG, Zinggeler Führer H, Iglowstein I, Molinari L, Largo RH. A Longitudinal Study of Bed Sharing and Sleep Problems Among Swiss Children in the First 10 Years of Life. *Pediatrics* 2005;115(suppl):233-40.
14. Kahn A, Grosswasser J, Rebuffat E, et al. Sleep and car-

## OLTRE LO SPECCHIO

- diorepiratory characteristics of infants victims of sudden infant death: a prospective case-control study. *Sleep* 1992; 15:287-92.
15. Einspieler C, Widder J, Holzer A, Kenner T. The predictive value of behaviour risk factors for sudden infant death. *Early Human Dev* 1988;18:101-9.
16. Einspieler C, Prechtl HFR, van Eykern L, de Roos B. Observation of movements during sleep in ALTE (Apparent Life-Threatening Event) and apnoeic infants-a pilot study. *Early Human Dev* 1994;40:39-49.
17. Kahn A, Picard E, Blum D. Auditory arousal thresholdsof normal and near-miss SIDS infants. *Dev Med Child Neurol*. 1996;28:299-302.
18. Challamel M-J, Revol M, Leszezynski M-C, Debilly G. Organisation nichémérale des états de vigilance chez le nourrisson normal et le nourrisson dit "rechappé d'un syndrome de mort subite". *EEG Neurophysiol* 1981;11: 28-36.
19. Coons S, Guilleminault C. Motility and arousals in near miss sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 1985;107: 728-32.
20. Harper RM, Leake B, Hoffman H, et al. Periodicity of sleep states is altered in infants at risk for sudden infant death syndrome. *Science* 1981;213:1030-2.
21. Hoppenbrouwers T, Hodgman J, Arakawa K, Sterman RB. Polysomnographic sleep and waking states in subsequent siblings of SIDS and control infants during the first six months of life. *Sleep* 1989;12:265-76.
22. Hoppenbrouwers T, Jensen D, Hodgman J, Harper R, Sterman M. Body movements during quiet sleep (QS) in subsequent siblings of SIDS. *Clin Res* 1982;30-136 (Abstract).
23. Hoppenbrouwers T, Hodgman JE, Cabal L. Obstructive apnea, associated patterns of movements, heart rate and oxygenation in infants at low and increased risk for SIDS. *Pediatric Pulmunol* 1993;15:1-12.
24. McCulloch K, Broulette RT, Guzetta AJ, Hunt CE. Arousal responses in near-miss sudden infant death syndrome and in normal infants. *J Pediatr* 1982;101:911-7.
25. Dunne KP, Fox JPP, O'Regan M, Matews TG. Arousal responses in babies at risk for sudden infant death syndrome at different post-natal ages. *Irish Med J* 1992;85:19-22.
26. Hunt CE. Impaired arousal from sleep: relationship to sudden infant death syndrome. *J Perinatol* 1989;9:184-7.
27. Hunt CE. Abnormal hypercarbic and hypoxic sleep arousal responses in near-miss SIDS infants. *Pediatr Res* 1981; 15:1462-4.
28. McKenna JJ, Mosko S. Evolution and the sudden infant death syndrome (SIDS). Part III: infant arousal and parent-infant cosleeping. *Hum Nat* 1990;1:291-330.
29. Balarajan R, Soni Raleigh V, Botting B. Sudden infant death syndrome and post neonatal mortality in immigrants in England and Wales. *BMJ* 1989;298:716-20.
30. Franco P. Sleep, arousals and sudden infant death syndrome: exploring the connections. "Disturbi Respiratori del Sonno: un'alba più serena" - III Congresso Gruppo di Studio Multidisciplinare. Società Italiana Pediatria sui Disturbi del Sonno MDRS-SIDS. Bari, 22-23 ottobre 2004.
31. Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). Recommendations for safe sleeping environments for infants and children. *Paediatrics & Child Health* 2004;9(9):659-63.
32. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of Sudden Infant Death Syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003;111:1207-14.
33. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: Case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999; 319:1457-62.
34. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.
35. Zobel AW, Yassouridis A, Frieboes RM, Holsboer F. Response to the Combined Dexamethasone-CRH Test in Patients With Remitted Depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156:949-51.
36. Fisher J, Feekery C, Rowe H. Treatment of maternal mood disorder and infant behaviour disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. *Arch Women Ment Health* 2004;7(1):89-93. Epub 2003 Dec 23.
37. Jiang F, Yan CH, Wu SH, Wu H, Zhang YW, Zhao J, Jin XM, Shen XM. [An epidemiological study on sleep problems in children aged 1 to 23 months in Shanghai] [Article in Chinese] *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2003;37(6):435-8.
38. Anders TF, Halpern LF, Hua J. Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics* 1992; 90(4): 554-60.
39. Wolke D. The screaming baby: remarks on the article by Mangold and Fuchs. *Pediatr Padol* 1986;21(4):367-76.
40. St James-Roberts I, Wolke D. Convergences and discrepancies, among mothers' and professionals' assessments of difficult neonatal behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 1988;29(1):21-42. (Erratum in: *J Child Psychol Psychiatry* 1988;29(3):389).
41. Wolke D, Skuse D, Mathisen B. Behavioral style in failure-to-thrive infants: a preliminary communication. *J Pediatr Psychol* 1990;15(2):237-54.
42. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Ed. Bollati-Boringhieri, 2000.
43. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 1970;41(1):49-67.
44. Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000;48(4):1097-127; discussion 1175-87.
45. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(2):237-43.
46. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (Eds). *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood 1986:95-124.
47. Simonelli A, Calvo V. *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Ed. Carocci, 2002.
48. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Dev* 1993; 6:1439-50.
49. Shore A. Origini della psicopatologia dello sviluppo. In: Muratori F. *La nascita della vita mentale e i suoi disturbi*. Ed. Del Cerro, 1999.
50. Sroufe A. *L'attaccamento: la regolazione diadica delle emozioni*. In: *Lo sviluppo delle emozioni*. Ed. R. Cortina, 2000.
51. Rapisardi G e ACP Toscana, 7th Scientific Meeting of the European Society for Research in Ambulatory Pediatrics (ESRAP) - Zürich, november 4-5, 1995.
52. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(4):339-46.
53. Morelli G, Rogoff B, Oppenheim D, Goldsmith D. Cultural variation in infants' sleeping arrangements: questions of independence. *Dev Psychol* 1992;28:604-13.
54. Ottaviano S, Giannotti F, Cortesi F, Bruni O, Ottaviano C. Sleep characteristics in healthy children from birth to 6 years of age in the urban area of Rome. *Sleep* 1996;19(1):1-3.
55. Moore SM. Disturbed attachment in children: a factor in sleep disturbance, altered dream production and immune dysfunction. *J Child Psychother* 1989;15:99-111.
56. Scher A. Attachment and sleep: a study of night waking in 12-month-old infants. *Dev Psychobiol* 2001;38(4):274-85.
57. George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California, 1985.
58. Benoit D, Zeanah C, Boucher C, Minde K. Sleep disorders in early childhood: associations with insecure maternal attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:86-93.
59. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull* 1995;117(3):387-403.
60. Modificato da Simonelli A, Calvo V. *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Ed. Carocci, 2002.
61. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Adult attachment representations, parental responsiveness in mother, father, adolescents in clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:8-21.
62. Radke-Yarrow M, Cummings EM, Kuczynski L, Chapman M. Patterns of attachment in two-and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Dev* 1985;56(4):884-93.
63. Hunsley M, Thoman EB. The sleep of co-sleeping infants when they are not co-sleeping: evidence that co-sleeping is stressful. *Dev Psychobiol* 2002;40(1):14-22.
64. Owens JA. *Introduction: Culture and Sleep in Children*. *Pediatrics* 2005;115(suppl):201-3.
65. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:637-44.