

## **Classificazione e *assessment* dei disturbi del sonno infantile: studio empirico sui fattori di rischio nella relazione di *caregiving* e nello sviluppo emotivo-comportamentale del bambino**

MASSIMO AMMANITI<sup>1</sup>, LOREDANA LUCARELLI<sup>2</sup>, SILVIA CIMINO<sup>1</sup>, MICHELA PETROCCHI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma

<sup>2</sup>Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Cagliari

**RIASSUNTO:** **Obiettivo:** nella cornice teorica e di ricerca della Classificazione Diagnostica: 0-3, nella sua ultima revisione, gli Autori presentano uno studio empirico sui disturbi del sonno nella prima infanzia, indagando i fattori di rischio nella relazione di *caregiving* e nello sviluppo emotivo del bambino. **Metodologia:** in un gruppo di madri e di bambini con problemi del sonno (N=25) e un gruppo di controllo (N=25) sono state valutate le interconnessioni tra *distress* e sintomi depressivi materni, qualità dei *pattern* interattivi madre-bambino al momento dell'addormentamento, problemi del sonno infantile e funzionamento emotivo del bambino. **Risultati:** i risultati hanno messo in luce dati empirici in linea con le ricerche che evidenziano fattori di rischio co-occorrenti, che includono stili interattivi disfunzionali, affetti depressivi materni e una comorbilità tra problemi del sonno e problemi emotivi che possono essere predittivi di attuali e successive difficoltà di adattamento del bambino. **Conclusioni:** la metodologia di *screening* proposta offre evidenze empiriche per pianificare programmi di prevenzione e di sostegno allo sviluppo e alla genitorialità.

**PAROLE CHIAVE:** Disturbi del sonno infantile, Sistema di *caregiving*, Sintomi depressivi materni, Regolazione emotiva del bambino.

**ABSTRACT:** **Objective:** in the theoretical and research framework of the Diagnostic Classification: 0-3 Revised, the Authors present an empirical study on sleep disorders during infancy, investigating risk factors in the caregiving system and in the child emotional development. **Method:** in a group of mothers and children with sleep problems (N=25) and a group of control (N=25) were evaluated links among maternal depressive symptoms, quality of the parental interactive bedtime behaviour, child sleep and emotional problems. **Results:** results are in line with previous researches enlightening risk developmental factors may result from co-occurrent variables, including dysfunctional patterns of interactions, maternal depressive affect and comorbidity between infant sleeping and emotional/relational problems that may affect functioning of the child and predict present and subsequent adaptation difficulties. **Conclusions:** suggested screening methodology gives empirical evidences for prevention programs planning and for parenthood supporting.

**KEY WORDS:** Infant sleep disorders, Caregiving system, Maternal depressive symptoms, Child emotional regulation.

### ■ Introduzione

La letteratura scientifica ha messo in luce come, nei primi tre anni di vita, la regolazione degli stati di sonno e di veglia dipenda ampiamente dal sistema di *caregiving*, in quanto le transizioni tra lo stato di vigilanza e di addormentamento si connettono sia a meccanismi omeostatici fisiologici (fame, sete, temperatura,

dolore, ciclo buio-luce, rumorosità), sia a processi emotivi, affettivi e sociali (separazione dal *caregiver*, riunione, conforto, rassicurazione, periodi di interazione sociale) (Bowlby, 1969; Daws, 1989; Winnicott, 1965). Louis Sander (1980), nei suoi studi clinici e di ricerca, ha descritto il neonato e il suo ambiente di cure primarie come un *sistema biologico vivente* formato da "un insieme di sottosistemi fisiologici se-

miindipendenti, ciascuno col proprio ritmo [...] che influenzano attività come la veglia, il sonno e l'alimentazione e richiedono un certo tempo per armonizzarsi e coordinarsi nel bambino e, a loro volta, devono sintonizzarsi con la periodicità regolare del mondo e delle persone che formano il mondo del bambino". In questa prospettiva può essere definita "la teoria della regolazione del Sé infantile" (Sander, 1964, 1987, 2007), che mette in luce come i ritmi biologici, fra cui i cicli di fame-sazietà e di sonno-veglia, siano regolati in senso diadico attraverso il ruolo decisivo della madre. In linea con il *framework* teorico e di ricerca proposto da Sander, diversi autori dell'*Infant Research* hanno messo in luce come gli scambi interattivi, prevedibili e coerenti, tra il *caregiver* primario e il bambino, nella sequenza degli eventi quotidiani, costituiscano dei modelli diadici di regolazione biologica e sociale, che organizzano modelli mentali della relazione, necessari per sviluppare un senso interno di fiducia e sicurezza (Anders, 1994; Beebe e Lachman, 1994; Bretherton, 1987; Stern, 1985). Queste osservazioni hanno contribuito alla nascita di un orientamento teorico-clinico che propone una prospettiva "interazionale" secondo un modello per il quale la mente permette l'adattamento alla realtà esterna e cresce in base alle reazioni degli altri significativi di fronte alla presentazione di noi stessi (Cicchetti e Toth, 1995). Lo sviluppo emotivo e comportamentale che si realizza nei primi tre anni di vita, quindi, non può essere visto come il prodotto di un meccanismo intrapsichico isolato, ma, al contrario, come una "proprietà" del sistema mutuamente autoregolativo formato da due o più individui ("sistemi di regolazione diadica") (Riva Crugnola, 1999; Trevarthen, 1998; Tronick, 1989).

Nei primi mesi di vita il *caregiver*, che in modo sensibile e contingente alimenta il neonato, spegne la luce e attenua i rumori dell'ambiente prima dell'addormentamento, sostiene il bambino nello sviluppo di meccanismi autoregolativi in risposta ai suoi segnali interni biologici. Il compito del *caregiver* è molto complesso, in quanto la regolazione dei cicli sonno-veglia e la loro graduale organizzazione temporale include, sin dalla nascita, diverse dimensioni costituzionali e temperamentali: ritmicità, *arousal*, regolazione di stato, attività, capacità di calmarsi da solo e i bambini presentano significative differenze individuali in risposta agli stimoli interni ed ambientali (Carey, 1984; Chess e Thomas, 1987; Keener, Zeanah e Anders, 1988; Mangelsdorf e Frosh, 2000). Gradualmente, e in modo più evidente negli ultimi mesi del pri-

mo anno di vita, il *caregiver* assume il ruolo di *base sicura* e l'andare a dormire attiva il sistema diadico di attaccamento; tale momento rappresenta infatti una separazione per entrambi, il *caregiver* e il bambino, e i risvegli durante la notte possono costituire un'occasione di riunione e di rassicurazione (Ainsworth, 1973; Anders, Goodlin-Jones e Sadeh, 2000; Bowlby, 1969). Inoltre, i bambini che alla fine del primo anno di vita hanno acquisito abilità cognitive e motorie più autonome, possono essere intensamente assorbiti da una spinta motivazionale esplorativa ed avere difficoltà ad allontanarsi dalle attività della veglia per andare a dormire. I *fenomeni transizionali* (Winnicott, 1965) servono al bambino per mantenere un contatto con la madre ed assumono grande rilevanza nel momento di andare a dormire, situazione che si concretizza in una separazione. Anche gli stati d'ansia dei bambini di due anni, che provocano spesso degli incubi notturni, possono essere segnali tipici dei processi di maturazione della mente del bambino e dell'immaginazione creativa. È quindi molto importante riconoscere il ruolo evolutivo di nuovi stadi di consapevolezza di sé e della relazione affettiva con gli altri significativi, caratterizzati da una maggiore sensibilità verso gli stimoli interni e ambientali, che possono provocare stati di preoccupazione e rendere difficile il sonno del bambino (Daws, 1989; Freud A, 1965).

Questa breve introduzione evidenzia che, nella valutazione dei problemi del sonno che possono insorgere nella prima infanzia, è necessario porre l'attenzione su una varietà di fattori che possono contribuire all'organizzazione temporale del sonno, includendo gli aspetti maturativo bio-psico-sociali e il temperamento del bambino e i *pattern* di sviluppo della relazione bambino-*caregiver*.

Studi epidemiologici recenti indicano che i problemi del sonno infantile rappresentano una tra le più comuni difficoltà riferite dai genitori nel prendersi cura di un bambino piccolo. In particolare, le difficoltà al momento dell'addormentamento e i risvegli notturni sono i problemi più frequenti, nelle popolazioni occidentali, con una stima di circa il 20-30% nei bambini di età tra 1 e 3 anni e con una frequenza ancora più elevata dal 35% al 46% nei bambini in età prescolare (Bruni, Ottaviano, Guidetti, Romoli, Innocenzi, Cortesi e Giannotti, 1996; Goodlin-Jones e Anders, 2004; Schaefer, 1995; Verrillo, Milano e Bruni, 2006; Zuckerman, Stevenson e Baily, 1987).

Altre indagini epidemiologiche evidenziano che la maggior parte dei bambini acquisiscono una regolarità

del ritmo sonno-veglia nel corso del primo anno di vita, tuttavia, a partire dai 12 mesi di vita, quando i bambini cominciano a muovere i primi passi, circa il 50% di loro inizia ad avere difficoltà di avvio al sonno e risvegli notturni; un ulteriore incremento dei risvegli notturni viene rilevato durante il secondo e il terzo anno di vita (Anders et al., 2000; Moore e Ucko, 1957; Richman, Stevenson e Graham, 1982; Wolke, Meyer, Ohrt e Riegel, 1995). Tali studi mostrano l'esistenza di un processo dinamico nello sviluppo dei ritmi del sonno infantile e l'importanza di considerare le specificità dei periodi evolutivi e le modificazioni dei *pattern* del sonno con la crescita del bambino.

### ■ Classificazione e assessment dei disturbi del sonno nella prima infanzia

Clinici e ricercatori che devono sistematizzare una nosologia diagnostica valida e attendibile nell'infanzia hanno un compito complesso da svolgere, in quanto devono basarsi sull'identificazione di sintomi specifici e cause specifiche, considerando allo stesso tempo gli aspetti dinamici ed evolutivi del bambino nei primi tre anni di vita. In questa prospettiva, Anders e collaboratori (2000) mettono in discussione l'adeguatezza della classificazione diagnostica dei disturbi del sonno, incluse nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e nell'*International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual* (American Sleep Disorders Association, 1990) per l'epoca dell'infanzia. Ad esempio, il DSM-IV, anche nella sua più recente edizione (DSM-IV-TR, APA, 2000), definisce le *dissonnie* come disturbi caratterizzati dalle difficoltà nell'avvio e nel mantenimento del sonno; tuttavia, diversamente dall'adulto che "non riesce a dormire" ed è preoccupato della sua incapacità di prendere sonno, il bambino con difficoltà nell'iniziare il sonno sembra che "non voglia dormire", protesta vigorosamente, o non accetta di rimanere in una posizione supina; può rifiutare di andare a letto se non ha un giocattolo per lui speciale, o richiede ripetutamente la presenza della madre.

Inoltre, spesso i disturbi del sonno nella prima infanzia non riflettono i criteri di gravità e di durata previsti dal DSM-IV, così come non è sempre possibile distinguere un disturbo primario del sonno. I disturbi del sonno che insorgono precocemente si associano infatti frequentemente a difficoltà nella regolazione emotiva che può trovare le sue cause in una relazione di attaccamento insicuro e in un disturbo della re-

lazione bambino-*caregiver* (Goodlin-Jones e Anders, 2004). In linea con queste osservazioni, Minde (1997) ha evidenziato che, nella maggior parte dei bambini, i disturbi del sonno si presentano in associazione a un disturbo della regolazione (40%) e a *pattern* disfunzionali della relazione bambino-*caregiver* (40%). Nella casistica clinica riportata da Minde, il disturbo della regolazione che si associa al disturbo del sonno è il tipo I: *ipersensibile* della Classificazione Diagnostica: 0-3 (Zero-to-three, National Center for Clinical Infant Programs, 1994). Si tratta di bambini iper-reattivi o ipersensibili che hanno difficoltà nel modulare gli affetti e nel far fronte ai mutamenti dei propri stati interni, o dell'ambiente circostante; questi bambini hanno spesso molte difficoltà all'addormentamento e, nel momento in cui si svegliano iniziano a piangere, manifestando difficoltà a tollerare la transizione dal sonno alla veglia. Rispetto ai *pattern* disfunzionali della relazione *caregiver*-bambino, che possono influenzare la regolazione del sonno e la sua stabilizzazione, Minde identifica come, in questi casi, il *caregiver* non abbia permesso al figlio di apprendere ad addormentarsi da solo; di conseguenza tutte le volte in cui il bambino è sveglio richiede la presenza del genitore per potersi riaddormentare.

Nel tentativo di migliorare la classificazione e l'*assessment* dei disturbi del sonno nell'infanzia, Anders, Goodlin-Jones e Sadeh (2000) propongono un profilo diagnostico in cui si enfatizza la prospettiva dello sviluppo, includendo alcune importanti considerazioni. Prima di tutto, gli Autori introducono il termine di *protodissonnie*, per definire le difficoltà di avvio del sonno e i risvegli notturni in epoca infantile, in quanto le caratteristiche specifiche dello sviluppo differenziano il sonno del bambino da quello dell'adulto. Inoltre, è opportuno che i problemi del sonno nell'infanzia non vengano classificati prima dei 12 mesi di età, considerando che i *pattern* dei cicli sonno-veglia sono in rapido cambiamento ed è difficile diagnosticare un disturbo. Si deve anche prevedere che un problema del sonno nel bambino possa variare nella durata, frequenza e intensità ed è possibile distinguere, rifacendosi alla classificazione di Anders (1989), la *turba evolutiva transitoria* del sonno infantile, di breve durata, in genere inferiore ad 1 mese (per una notte a settimana), dalla *perturbazione* della durata da 1 a 3 mesi (per due-quattro notti), o dal *disturbo* (per cinque-sette notti) che persiste per più di tre mesi. Nelle Tabelle 1a e 1b viene riportato in dettaglio il profilo diagnostico delle *protodissonnie* presentato da Anders (Anders et al., 2000).

Tabella 1a – *Le protodissonnie: difficoltà di addormentamento (da Anders, Goodlin-Jones, Sadeh, 2000).*

Età del bambino	DIFFICOLTÀ DI ADDORMENTAMENTO		
	TURBA (un episodio a settimana per almeno un mese)	PERTURBAZIONE (2-4 episodi a settimana per almeno un mese)	DISTURBO (5-7 episodi a settimana per almeno un mese)
12-24 mesi	più di 30 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte	più di 30 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte	più di 30 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte
>24 mesi	più di 20 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte	più di 20 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte	più di 20 minuti per addormentarsi il genitore deve rimanere nella stanza il genitore deve tornare più di tre volte

Tabella 1b – *Le protodissonnie: risvegli notturni (da Anders, Goodlin-Jones, Sadeh, 2000).*

Età del bambino	RISVEGLI NOTTURNI		
	TURBA (un episodio a settimana per almeno un mese)	PERTURBAZIONE (2-4 episodi a settimana per almeno un mese)	DISTURBO (5-7 episodi a settimana per almeno un mese)
12-24 mesi	più di 3 risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 30 minuti	più di 3 risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 30 minuti	più di 3 risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 30 minuti
24-36 mesi	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 20 minuti	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 20 minuti	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 20 minuti
>36 mesi	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 10 minuti	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 10 minuti	2 o più risvegli nel corso della notte con durata maggiore di 10 minuti

Nella recente revisione del sistema di Classificazione Diagnostica 0-3 anni (DC: 0-3R, Zero-to-three, 2005), la classificazione delle *protodissonnie* di Anders e collaboratori è stata inclusa come un supplemento alle classificazioni dei disturbi del sonno, previste dal DSM-IV-TR (APA, 2000).

In una prospettiva dimensionale, le *protodissonnie* possono costituire un “potenziale precursore” di un quadro clinico specifico e strutturato di disturbo (Goodlin-Jones e Anders, 2004). Inoltre, Anders e col-

laboratori sottolineano come nella valutazione delle *protodissonnie* sia fondamentale valutare non solo gli aspetti maturativi bio-psicosociali del bambino, ma anche i fattori di contesto e gli stili interattivi affettivi e sociali bambino-caregiver (stress familiari, pattern disfunzionali della relazione di *caregiving*, psicopatologia del genitore) (Anders et al., 2000).

In linea con questi orientamenti, difficoltà nella regolazione degli stati di sonno possono, quindi, costituire la manifestazione di disarmonie transitorie collo-

cabili all'interno di un normale processo maturativo, che affronta periodi critici e sensibili per lo sviluppo del bambino, come la fase di "separazione-individuazione" (Mahler, Pine, Bergman, 1975), in cui emerge una nuova consapevolezza di sé e della relazione con altri significativi, accompagnata da una crescente sensibilità verso gli stimoli interni ed esterni.

Alcuni genitori, tuttavia, presentano difficoltà nel riconoscere le vere ragioni di questi periodi transitori di *pattern* disfunzionali nel sonno del loro bambino; sono evidenti, ad esempio, le "battaglie" al momento di andare a letto e frequenti risvegli notturni che rappresentano entrambi rotture della regolazione e del consolidamento del sonno (Anders et al., 2000). Alcune ricerche condotte su bambini con problemi persistenti del sonno, tra i 2 e 4 anni di età, e le loro madri sembrano confermare che l'ansia di separazione e la depressione materna si associano a pattern disregolativi dei cicli sonno-veglia dei bambini, le cui madri sono emotivamente meno disponibili e tendono ad utilizzare strategie interattive con il figlio poco flessibili, incoerenti, intrusive o rifiutanti, in risposta alle quali il bambino aumenta il suo grado di dipendenza emotiva dal *caregiver*, e tende ad organizzare in modo meno ottimale la stabilizzazione dei cicli di veglia/sonno (Goodlin-Jones e Anders, 2004; Morrell e Cortina-Borja, 2002; Scher e Blumberg, 1999; Warren, Howe, Simmens e Dahl, 2006).

In questa direzione, studi longitudinali sui sintomi depressivi materni e sul sonno del bambino, in diverse fasce di età dai 6 ai 36 mesi, rivolti a valutare l'impatto della depressione materna e il valore predittivo del rischio, hanno evidenziato che una maggiore gravità dei sintomi depressivi materni è in grado di predire un incremento significativo della durata dei risvegli notturni del bambino nella traiettoria evolutiva dei tre anni, dai 15-24 ai 24-36 mesi (Warren et al., 2006). Questi risultati evidenziano come la depressione materna possa avere una influenza durevole sul sonno infantile e sulla regolazione affettiva e comportamentale del bambino, nell'epoca in cui dovrebbe affermarsi la naturale spinta verso l'autonomia e la consapevolezza di sé, fondamentali per l'autoregolazione e il consolidamento dei pattern del sonno (Goodlin-Jones e Anders, 2004; Sadeh e Anders, 1999).

La possibilità di predire dai sintomi depressivi materni la durata dei risvegli notturni del bambino potrebbe avere origine da diversi fattori. I bambini di madri depresse sembrano avere maggiori difficoltà nella regolazione biologica di base del ritmo sonno-veglia, includendo: più basso tono vagale, asimmetria EEG

dell'emisfero frontale destro, livelli più elevati di norepinefrina (Field, 1995); questi bambini sono anche descritti come maggiormente irritabili e difficili ad auto-consolarsi (Dahl, 1996; Field, 1995). Inoltre, un'estesa letteratura scientifica descrive come i bambini di madri depresse possano sperimentare un sostegno materno meno valido e consistente nelle strategie di auto-calmarsi durante gli stati affettivi negativi, a causa delle modalità inadeguate di ritiro o intrusività delle loro madri (Goodlin-Jones e Anders, 2001; Field, 1995; Weinberg e Tronick, 1997). Le madri depresse sono anche descritte come meno consistenti ed adeguate nella negoziazione dei conflitti con il proprio bambino (Cicchetti e Toth, 1995); tali difficoltà possono manifestarsi durante le interazioni bambino-caregiver che riguardano il momento dell'addormentamento o del risveglio notturno (Warren et al., 2006).

Nella cornice concettuale di un modello transazionale (Sameroff e Fiese, 2000) che ricerca le associazioni e le interconnessioni fra i pattern maturativi bio-psicosociali del bambino e i *pattern* di sviluppo della relazione bambino-caregiver, con la finalità di valutare le influenze reciproche tra bambino e ambiente, appare utile mettere a punto metodologie e strumenti di *assessment* che analizzino, nella relazione bambino-caregiver e nella qualità degli stili di accudimento, fattori di rischio specifici associati all'insorgenza e alla persistenza dei problemi e dei disturbi del sonno infantile (Anders, 1994; Anders et al., 2000; Sadeh, 1996).

## ■ Obiettivi

La nostra ricerca si è posta i seguenti obiettivi:

1. identificare possibili differenze nel profilo psicologico delle madri, in relazione al livello globale di *distress* e alla presenza di sintomi ansiosi e/o depressivi, in un gruppo di bambini con problemi del sonno e un gruppo di controllo con sviluppo tipico;
2. evidenziare possibili differenze nei pattern interattivi tra i due gruppi di madri e di bambini, in riferimento ai *pattern* interattivi di addormentamento e di accudimento;
3. evidenziare la presenza di eventuali differenze nel profilo emotivo-comportamentale del bambino tra i due gruppi di bambini presi in esame;
4. rilevare la presenza di eventuali associazioni tra un profilo psicologico materno a rischio, disfunzioni nella qualità dei *pattern* interattivi e problemi nel funzionamento globale emotivo-comportamentale del bambino.

## ■ Metodo

### Soggetti

I soggetti del campione sono stati selezionati attraverso un'attribuzione casuale indiretta che prevedeva di contattare le madri e i loro bambini, di età compresa tra i 18 e i 36 mesi, che frequentavano Asili Nido del Comune di Roma e Provincia. La metodologia di *screening* è stata somministrata alle madri che accettavano di partecipare all'indagine.

Il campione è costituito da 50 diadi di madri e bambini, con età compresa tra 18 e 36 mesi (età media=25.7; DS=5.1); il *range* di età delle madri è compreso tra 24 e 48 anni (età media=34.5; DS=5.1). Tutti i bambini presentavano uno sviluppo psicomotorio regolare per l'età e la maggior parte delle famiglie proveniva da un'estrazione socio-culturale medio-alta, valutata sulla base della versione italiana degli Indici di status sociale di Hollingshead (Hollingshead, 1975).

### Procedura e strumenti

A tutte le madri del campione, nel corso di alcuni colloqui di valutazione, è stato richiesto di compilare i seguenti Questionari (Figura 1):

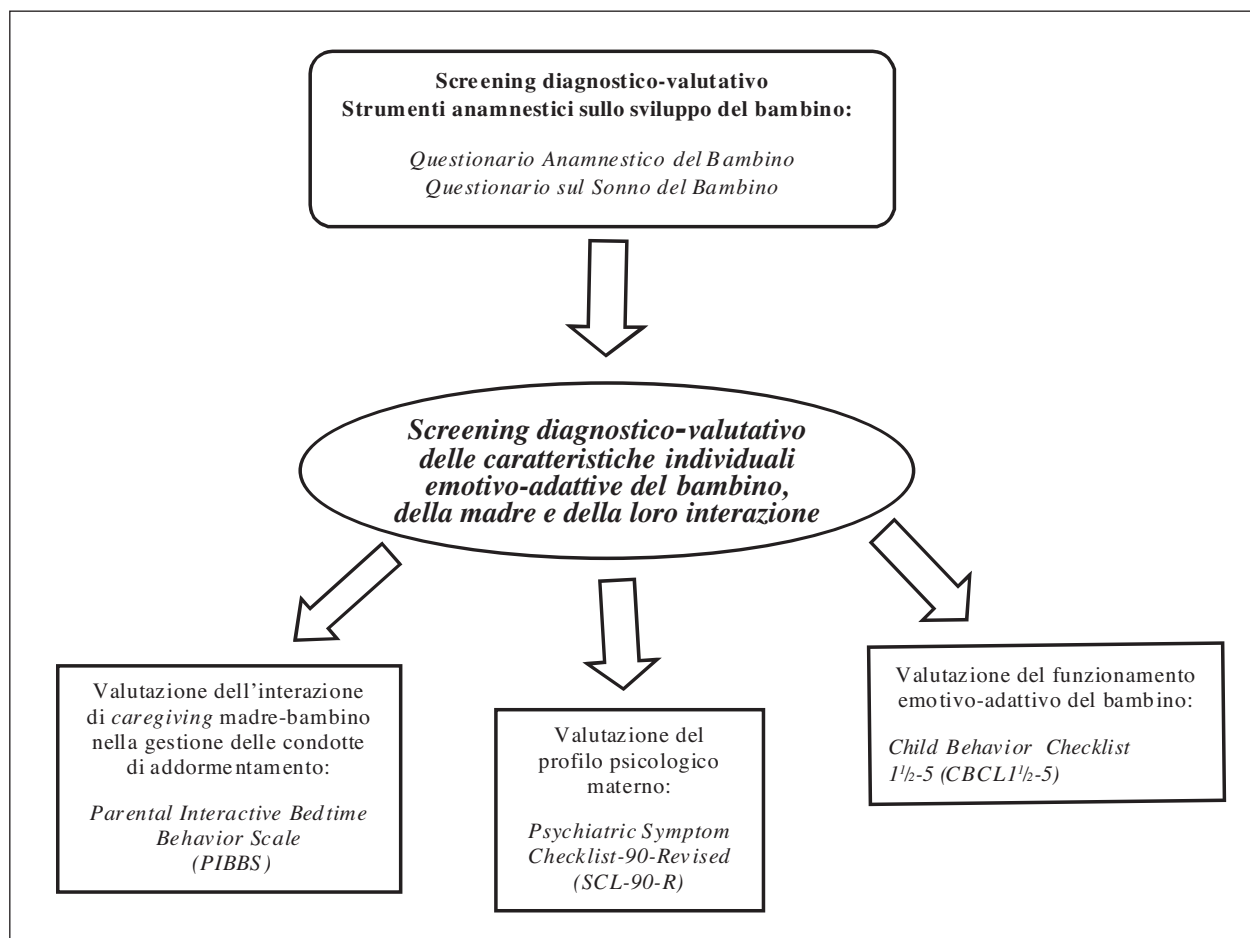
- *Questionario Anamnestico del bambino* (Chatoor, 1999): questo strumento è composto da 65 domande, chiuse ed aperte, che si riferiscono alle condizioni generali del bambino. Le domande contenute nella prima parte riguardano informazioni su dati anagrafici, sulla situazione lavorativa dei genitori e sulla composizione del nucleo familiare. Seguono domande sulla gravidanza, sulle condizioni del bambino alla nascita e al momento attuale, sulla regolarità delle tappe evolutive dello sviluppo psicomotorio, sulla storia evolutiva e sulle caratteristiche dell'alimentazione e del sonno. Tale Questionario permette, quindi, di avere un quadro comprensivo della storia evolutiva del bambino, delle condizioni attuali di sviluppo e delle caratteristiche familiari.
- *Questionario sul sonno del bambino*: questo strumento prevede la compilazione di domande aperte e chiuse, relative alle funzioni di sviluppo del bambino e alle caratteristiche familiari in collegamento ad una serie di *item* volti ad indagare le abitudini del sonno e l'eventuale presenza di difficoltà in questa area evolutiva specifica. In particolare, le domande approfondiscono la qualità e le abitudini

del sonno del bambino e di entrambi i genitori, la frequenza, l'intensità e la durata di comportamenti legati a specifici problemi e disturbi del sonno. Inoltre, si indaga la percezione del genitore relativa all'eventuale presenza di un problema del sonno, l'opinione che egli ha del sonno del bambino e quali siano gli aspetti e gli eventi che gli permettono di capire se il bambino presenta o meno un ciclo sonno-veglia adeguato e soddisfacente. Il *Questionario sul sonno del bambino* è in grado di identificare bambini con problemi del sonno sulla base della classificazione delle *protodissonnie* proposta da Anders e collaboratori (2000) e inclusa nella revisione della CD:0-3R.

Successivamente, in linea con un *assessment* multidimensionale, si è proceduto a valutare il profilo psicologico delle madri, la qualità dei *pattern* interattivi madre-bambino al momento dell'addormentamento e dei risvegli notturni e il funzionamento globale emotivo-comportamentale del bambino. Sono stati somministrati i seguenti strumenti valutativi:

- *Psychiatric Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994): è una Checklist *self-report* composta da 90 *item* cui il soggetto deve rispondere riportando l'intensità con cui soffre o ha sofferto, nell'ultima settimana, dei disagi o dei disturbi riportati nelle affermazioni. I punteggi ottenuti possono essere interpretati sulla base di nove dimensioni primarie - *Somatizzazione, Ossessivo-Compulsiva, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo* - e sulla base di tre *Indici Globali di Distress* nell'adulto: *Indice Globale di Severità - IGS* che misura il numero di sintomi riferiti e l'intensità del disagio percepito, ed è l'indicatore più accurato e sensibile; *Indice di Distress ai Sintomi Positivi - IDSP*, che rileva il livello medio, l'aumento o la diminuzione di tale intensità sintomatica nelle risposte riportate e riflette le modalità con cui l'individuo manifesta l'esperienza del disagio; ed infine *Totale Sintomi Positivi -TSP*, che evidenzia il numero specifico e l'ampiezza dei sintomi riferiti, consentendo di interpretare lo *status* psicopatologico del soggetto.
- *Parental Interactive Bedtime Behavior Scale* (PIBBS, Morrel e Cortina-Borja, 2002): è un Questionario *report-form* composto da cinque Scale o Fattori che misurano il grado in cui le modalità di conforto e di sostegno proposte dal *caregiver* al bambino promuovano lo sviluppo dell'autoregolazione dei ritmi del sonno e dell'autonomia in relazione alle condot-

Figura 1 - Procedura di screening diagnostico-valutativo.



te di addormentamento. Tale strumento ha l'obiettivo di valutare l'insieme dei comportamenti che il genitore mette in atto nelle transizioni sonno-veglia, quali l'addormentamento o in concomitanza di un risveglio notturno, ed è composto da 19 *item*, suddivisi e raggruppati in 5 Scale: *Conforto Fisico Attivo*, che include le modalità di *caregiving* che promuovono il confort fisico attivo, quali fare addormentare il bambino tra le braccia, cullandolo e/o accarezzandolo, oppure sul divano accanto al genitore o nel letto con lui, offrirgli cibo; *Incoraggiamento dell'Autonomia*, in cui rientrano i *pattern* genitoriali che promuovono strategie autoregolative e incoraggiano l'autonomia del bambino al momento dell'addormentamento: ad es., offrire al bambino un oggetto preferito, lasciarlo piangere al momento della separazione; *Calmare attraverso movimenti*, che include strategie di addormenta-

mento che mirano a calmare il bambino attraverso movimenti attivi (ad es., fare addormentare il bambino nel passeggino con movimenti ritmici); *Conforto Fisico Passivo*, che include diversi comportamenti quali rimanere accanto al letto del bambino senza prendere il bambino in braccio e sdraiarsi accanto al suo lettino; *Conforto Sociale*, in cui rientrano *pattern* genitoriali che incoraggiano il confort sociale, quali il cantare una ninna-nanna, raccontare una storia, parlare al bambino e giocare con lui.

- *Child Behavior Checklist 1½-5* (CBCL 1½-5, Achenbach e Rescorla, 2000): è un Questionario *report-form* composto da 99 *item* che riguardano diverse aree del funzionamento emotivo-adattivo, quali, tra le altre, l'attività, l'interesse, le paure, il gioco, l'interazione con gli altri, l'aggressività e la responsività affettiva. Gli *item* convergono a defini-

re tre principali Scale: *Scala Internalizzante* in cui rientrano problemi riferiti a stati emotivi e conflitti interni (di cui fanno parte le scale sindromiche: Reattività Emotiva, Ansia/Depressione, Problemi Somatici, Ritiro); *Scala Esternalizzante* (di cui fanno parte le scale sindromiche: Problemi dell'Attenzione, Comportamento Aggressivo); *Scala Né Internalizzante Né Esternalizzante* (Problemi del Sonno).

## ■ Risultati

Sulla base della CD:0-3R ed in particolare dei criteri per le *protodisonnie* è stato possibile assegnare il campione totale dei bambini a uno dei gruppi seguenti:

- 1) *Gruppo Con Problemi del Sonno* (Gruppo PS): N=25;
- 2) *Gruppo Con Sviluppo Tipico* (Gruppo ST): N=25.

### Assessment del profilo psicologico delle madri

Un'analisi multivariata della varianza (MANOVA) ha evidenziato differenze significative nei punteggi medi ottenuti dalle madri dei bambini con Problemi del Sonno (Gruppo PS) e con Sviluppo Tipico (Gruppo ST) sui tre *Indici Globali di Distress* della *Psychiatric Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) ( $\lambda=0.77$ ;  $F=4.43$ ;  $p<0.01$ ). In particolare, le analisi univariate hanno messo in luce, nelle madri dei bambini "Con Problemi del Sonno", un maggior numero di sintomi

nell'Indice *Totale Sintomi Positivi* ( $F=7.26$ ;  $p<0.01$ ) e punteggi medi più elevati nella gravità dei sintomi e nel *distress* psicologico all'*Indice Globale di Severità* ( $F=4.67$ ;  $p<0.05$ ).

Successivamente, è stato indagato se le madri del Gruppo PS presentassero indicatori di rischio nelle dimensioni sintomatiche dell'*Ansia* e della *Depressione*. A tal fine, due analisi della varianza univariate (ANOVA) sono state condotte separatamente per i due indici dell'*Ansia* e della *Depressione*. Attraverso tale procedura è stato possibile rilevare come le madri del Gruppo PS mostrano una tendenza alla sintomatologia depressiva, prossima alla significatività statistica ( $F=3.63$ ;  $p=0.06$ ), tendenza confermata dalla presenza di punteggi medi più elevati nella dimensione *Depressione* rispetto alle madri del gruppo di controllo (0.61 vs. 0.42), come evidenziato nella Tabella 2. Non sono invece presenti differenze significative tra i Gruppi in riferimento alla dimensione *Ansia*.

### Qualità dei pattern interattivi madre-bambino al momento dell'addormentamento e del risveglio notturno

L'ANOVA condotta sui punteggi riportati alle scale della *Parental Interactive Bedtime Behavior Scale* (PIBBS) ha evidenziato che i bambini del Gruppo PS presentano punteggi medi significativamente più elevati nella *Scala Conforto Fisico Attivo* rispetto ai bambini del Gruppo ST (0.56 vs. 0.43;  $p<0.05$ ). Tale risultato statistico, pur indicando la frequenza significativa-

Tabella 2 – *Profilo psicologico materno nel Gruppo con Problemi del Sonno (PS) e nel Gruppo con Sviluppo Tipico (ST).*

	N	Indici di distress				Dimensioni sintomatiche	
		TSP Totale Sintomi Positivi		IGS Indice Globale di Severità		Depressione	
		M	DS	M	DS	M	DS
Gruppo PS	25	31.56*	12.75	0.52**	0.30	<u>0.61</u>	0.32
Gruppo ST	25	21.96*	12.42	0.34**	0.30	<u>0.42</u>	.38
Totale	50	26.76	13.37	0.43	0.30	0.52	0.36

\* =  $p<0.01$ ; \*\* =  $p<0.05$

I valori sottolineati tendono alla significatività statistica ( $p= 0.06$ )

mente più elevata di uno specifico *pattern* interattivo al momento dell'addormentamento nelle diadi di bambini con problemi del sonno, va considerato con prudenza, allo stato attuale di numerosità del campione, dal momento che l'analisi multivariata della varianza (MANOVA) condotta sull'insieme dei punteggi alle cinque scale ha rilevato differenze tra i due gruppi solo prossime alla significatività statistica ( $\lambda=0.84$ ;  $F=1.65$ ;  $p=0.17$ ).

### Assessment del funzionamento globale emotivo-comportamentale del bambino

È stata condotta una analisi della varianza multivariata (MANOVA) considerando la variabile indipendente gruppo (PS vs. ST) e la variabile dipendente punteggi grezzi relativi alle sottoscale sindromiche e alle scale internalizzante ed esternalizzante. Tale analisi ha messo in luce che i bambini del Gruppo PS presentano punteggi medi globalmente più elevati nelle *Scale Sindromiche CBCL 1 1/2-5* rispetto ai bambini del Gruppo ST ( $\lambda=0.43$ ;  $F=5.98$ ;  $p<0.001$ ).

Le analisi degli effetti univariati mettono in luce come i bambini del Gruppo PS presentano punteggi medi più elevati rispetto ai bambini del Gruppo ST nelle seguenti sottoscale: *Reattività Emotiva* (3.40 vs. 1.68;  $F=7.29$ ;  $p<0.01$ ), *Ansia/Depressione* (3.88 vs. 2.24;  $F=5.58$ ;  $p<0.05$ ), *Ritiro* (1.72 vs. 0.48;  $F=6.43$ ;  $p<0.05$ ), *Problemi del Sonno* (7.16 vs. 3.00;  $F=40.03$ ;  $p<0.001$ ), e *Comportamento Aggressivo* (12.40 vs. 7.12;  $F=11.10$ ;  $p<0.01$ ), riportando quindi più sintomi e problemi nelle relative aree del funzionamento emotivo-adattivo, come evidenziato nella Tabella 3.

### Profilo psicologico materno, qualità dei pattern interattivi madre-bambino e funzionamento globale emotivo-comportamentale del bambino

Analisi di correlazione (*Pearson*) sono state condotte per indagare eventuali interconnessioni tra il profilo psicologico delle madri, la qualità dei *pattern* interattivi al momento dell'addormentamento e dei risvegli notturni e il funzionamento globale emotivo-adattivo del bambino. Sono emerse associazioni significative tra i Problemi del sonno del bambino alla CBCL e il numero dei sintomi riferiti, la loro intensità e il disagio percepito dalle madri nelle seguenti dimensioni della SCL-90-R: *Depressione*, *Somatizzazione* e *Ossessivo-compulsiva*. In riferimento alle modalità interattive, al momento dell'addormentamento e dei risvegli notturni del bambino, si evidenzia una relazione significativa tra il calmare il bambino attraverso strategie eteroregolatrici (Calmare attraverso movimenti attivi, ad esempio cullando il bambino, mettendolo nel passeggino) e i sintomi riferiti dalle madri nelle dimensioni *Ossessivo-compulsiva* e *Sensibilità interpersonale*. Inoltre un incremento dei punteggi dei bambini nel totale dei problemi sia internalizzanti sia esternalizzanti si correla in modo significativo con il numero dei sintomi riferiti, la loro intensità e il livello di *distress* emotivo percepito dalle loro madri (Tab. 4).

### ■ Discussione e conclusioni

I risultati del primo obiettivo di ricerca che si proponeva di indagare il profilo psicologico delle madri dei bambini con problemi del sonno, rispetto ad un gruppo di controllo con sviluppo tipico, hanno evi-

Tabella 3 – Funzionamento emotivo-adattivo nel Gruppo PS e nel Gruppo ST.

	"Con Problemi del Sonno" (N=25)		"Con Sviluppo Tipico" (N=25)		F	p value	sign.	
	M	DS	M	DS				
CBCL 1 1/2-5	Reattività Emotiva	3.40	2.86	1.68	1.41	7.29	0.010	<0.01
	Ansia/Depressione	3.88	3.15	2.24	1.45	5.58	0.022	<0.05
	Problemi Somatici	3.52	2.50	2.28	1.92	3.86	0.055	n.s.
	Ritiro	1.72	2.09	0.48	0.26	6.43	0.014	<0.05
	Problemi dell'Attenzione	3.32	1.93	2.48	1.82	2.49	0.121	n.s.
	Comportamento Aggressivo	12.40	6.29	7.12	4.82	22.19	0.002	<0.01
	Problemi del Sonno	7.16	2.58	3.00	2.04	40.03	0.001	<0.001

Tabella 4 – Correlazioni (Pearson) tra profilo psicologico materno, problemi del sonno nel bambino e pattern interattivi di addormentamento (\* =  $p < 0.01$ ; \*\* =  $p < 0.05$ ).

		"SCL-90-R					
		Indice Globale di Severità	Totale Sintomi Positivi	Depressione	Somatizzazione	Ossessivo-compulsiva	Sensibilità interpersonale
CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5	Problemi del Sonno	.374**	.463**	.338**	.350**	.352**	-
PIBBS	Calmare attraverso i movimenti	-	-	-	-	.362**	.325*

		CBCL 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -5		
		Scala Internalizzante	Scala Esternalizzante	Totale dei Problemi
SCL-90-R	Indice Globale di Severità	.566*	.574*	.630*
	Indice di <i>Distress</i> ai Sintomi Positivi	.352**	.425*	.430*
	Totale Sintomi Positivi	.598*	.568*	.652*

denziato un grado di *distress* emotivo più elevato nelle madri dei bambini con disturbi del sonno. È anche emerso come questi bambini sono esposti ad un contesto interattivo nel quale sono presenti affetti depressivi materni. Questi dati, in accordo con altre ricerche, mettono in luce gli effetti negativi e disfunzionali che il *distress* emotivo e i sintomi depressivi materni possono avere sulla relazione diadica e sui *pattern* interattivi dei bambini con disturbi del sonno. *Distress* personale e sintomi depressivi potrebbero provocare nella madre la messa in atto di *pattern* emotivi, cognitivi e comportamentali inadeguati che, nell'interazione con il figlio, si esprimono attraverso una mancanza di risposte empatiche e responsive nei confronti delle caratteristiche individuali e delle fasi di sviluppo nella crescita psicologica del bambino (Goodlin-Jones e Anders, 2004; Moore, 1989; Scher e Blumberg, 1999; Warren et al., 2006).

I risultati del secondo obiettivo, che si è proposto di valutare la qualità dell'interazione in riferimento all'addormentamento e ai risvegli notturni del bambino, hanno evidenziato come i *pattern* interattivi del *Conforto Fisico Attivo* si presentano più frequentemente nelle madri dei bambini del Gruppo PS rispetto alla madri dei bambini ST. Tale dato mette in luce come le madri del Gruppo con problemi del sonno tendono a mettere in atto prevalentemente modalità interattive con il proprio bambino che non promuovono lo

sviluppo di *pattern* autoregolativi al momento dell'addormentamento e/o dei risvegli notturni, come farlo addormentare tra le proprie braccia, o in luogo diverso dal lettino (sul divano davanti al televisore, nel passeggiare dondolando il bambino), oppure abitualmente attraverso il *co-sleeping* nel letto dei genitori. In accordo con la letteratura scientifica, tali modalità interattive madre-figlio risultano associate a risvegli notturni più brevi e più frequenti rispetto ai bambini dopo il primo anno di vita che dormono da soli, rendendo meno probabile che i bambini *co-sleeping* entrino in un sonno profondo (Mao, Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, Anders, 2004); sono critiche le implicazioni fra sviluppo di *pattern* autoregolativi dell'*arousal* e dei ritmi sonno-veglia e il processo di separazione-individuazione bambino-*caregiver* (Anders et al., 2000; Morrel e Cortina-Borja, 2002).

Il fatto che i bambini del Gruppo PS ottengono punteggi medi più elevati nelle dimensioni sintomatiche *Reattività Emotiva*, *Ansia/Depressione*, *Ritiro*, *Problemi del Sonno* e *Comportamento Aggressivo*, è in accordo con studi clinici e di ricerca, evidenzia come i bambini con problemi del sonno mostrano *pattern* disfunzionali complessi di regolazione emotiva e affettiva che, all'interno di una relazione di *caregiving* non ottimale, possono portare a interazioni controllanti nella transizione di stato tra il sonno e la veglia (Anders et al., 2000).

Infine, un'analisi delle interconnessioni tra le variabili indagate ha messo in luce associazioni significative tra il profilo sintomatico delle madri nelle dimensioni *Depressiva*, *Ossessivo-Compulsiva*, *Somatizzazione* e *Sensibilità Interpersonale*, e la minore adeguatezza dello stile di accudimento nei *pattern* interattivi dell'addormentamento in cui prevalgono di nuovo modalità controllanti nell'avvio del sonno del bambino e nel suo mantenimento. Le dimensioni sintomatiche materne che denotano stati di preoccupazione, di inadeguatezza e il bisogno di controllo sperimentati nelle relazioni interpersonali appaiono esprimersi in un quadro globale di *distress* personale. Il *distress* percepito dalle madri risulta associato ad un funzionamento emotivo dei bambini con disturbi del sonno che, rispetto ai bambini con sviluppo tipico, è caratterizzato da una difficile regolazione degli stati interni e dei comportamenti, presentandosi nella sfera sia dei problemi internalizzanti, sia dei problemi esternalizzanti.

I risultati del presente contributo evidenziano, in accordo con la letteratura scientifica, come una precoce difficoltà del sonno, possa associarsi a modalità interattive madre-bambino disfunzionali nella relazione di *caregiving* (Anders et al., 2000; Morrel e Cortina-Borja, 2002). Diversi studi sottolineano il ruolo degli affetti nelle "distorsioni interattive" madre-bambino (Cummings, 1995; Field, 1995). Se nel corso di scambi interattivi positivi madre-figlio il genitore fornisce al bambino una responsività adeguata in grado di modulare i suoi "ritmi psicologici", il bambino organizza i suoi comportamenti (come la regolazione dei cicli sonno-veglia) sulla base della reciprocità di affetti positivi nella relazione con il *caregiver*. Ma quando i due *partner* non riescono a sintonizzarsi, come nel caso di madri che hanno difficoltà a modulare il livello di attivazione e gli emergenti *pattern* di autonomia del figlio con gli affetti connessi alla separazione dal *caregiver*, possono verificarsi problemi nello sviluppo, che includono difficoltà nella stabilizzazione dei ritmi veglia/sonno.

Come afferma Stern, la regolazione delle emozioni, determinata dal bambino e facilitata dall'adulto, il successo e la riparazione affettiva degli errori interattivi sono tutti fattori che mantengono una forte rilevanza nel corso dell'intero arco di vita dell'individuo (Stern, 1985). Sia la madre sia il bambino interagiscono tra loro, regolando i propri stati emotivi e comunicando i propri affetti. Ed è proprio attraverso le vicende della "reciprocità emotiva" e attraverso la capacità di sintonizzarsi con il "mondo affettivo" dell'adulto che il bambino può procedere nel proprio sviluppo, gettando le basi per la crescita di una personalità sana e armonica.

In linea con un approccio multifattoriale e transazionale, la presente indagine esplorativa ha messo in luce come i disturbi del sonno in ambito evolutivo possano essere il risultato di fattori co-occorrenti, che includono la relazione di *caregiving* madre-bambino in riferimento ai *pattern* interattivi di addormentamento, il funzionamento emotivo-adattivo del bambino e il profilo psicologico materno. È emerso come le interazioni e le modalità di accudimento madre-figlio, che non facilitano l'autoregolazione e l'organizzazione dell'emergente processo evolutivo di separazione-individuazione del bambino, possono essere associate alla presenza di disturbi del sonno nell'infanzia.

Considerati i limiti connessi alla ridotta numerosità del campione e alle caratteristiche dell'*assessment* effettuato su una popolazione clinicamente non riferita, la metodologia di *screening* proposta offre evidenze empiriche per pianificare programmi di prevenzione e di intervento precoce sullo sviluppo individuale del bambino e sulle relazioni di accudimento. In linea con i risultati emersi dal presente studio empirico, si dimostra necessario, nei primi anni di vita del bambino, pianificare strategie di prevenzione e di "sostegno alla genitorialità" per un monitoraggio attento sulle perturbazioni del sonno infantile, che possono persistere ed evolvere in un disturbo e coinvolgere aree più ampie dello sviluppo emotivo e del funzionamento globale. In questa direzione, recenti studi prospettici mettono in luce la continuità e la persistenza dei disturbi del sonno infantile in età scolare e l'incremento, in questi bambini, di alterazioni dell'umore, problemi della condotta, difficoltà attentive e di apprendimento (Anders, Dahl, 2007; Fallone, Owens e Deane, 2002; Gregory e O'Connor, 2002; Johnson, Chilcoat e Breslau, 2000; Sadeh, Gruber e Raviv, 2003). I risultati delle ricerche longitudinali sostengono dunque l'importanza di indagare i disturbi del sonno nella prima infanzia in quanto possibili situazioni evolutive a rischio per lo sviluppo di disturbi emotivi e comportamentali in fasi successive del ciclo vitale e indirizzano verso la valutazione del disagio evolutivo e relazionale nella fase di esordio, nei sintomi di comorbidità e nelle sue conseguenze a breve e a lungo termine (Anders, Dahl, 2007).

#### ■ Strategie di intervento precoce e di sostegno allo sviluppo e alla genitorialità

Come sottolineano Burnham, Gaylor e Anders (2006), l'impatto dell'interazione genitore-bambino,

quale “regolatore” critico delle transizioni sonno-veglia e del consolidamento del sonno del bambino, costituisce uno dei fattori più consistenti che possono influenzare i problemi del sonno nei primi anni di vita. Interventi preventivi mirati e precoci, che coinvolgono il sistema diadico madre-bambino e il contesto socio-relazionale, possono affrontare le “turbe o perturbazioni relazionali” che si presentano frequentemente nei primi tre anni di vita, sottoforma di problemi del sonno, spesso associati a difficoltà emotivo-comportamentali del bambino e a disfunzionalità materne nelle capacità genitoriali. L’azione preventiva, infatti, può compiersi a diversi livelli di questo complesso “sistema interattivo madre-bambino e contesto socio-relazionale”. In particolare, Sadeh e Anders (1999) propongono livelli multipli di intervento sulle relazioni bambino-genitori basandosi sul modello di Sameroff e Fiese (1990, 2000): il “Porre dei rimedi” (*Remediation*) è un livello di intervento in cui un fattore specifico può essere corretto in modo che il problema del sonno si risolva; ad esempio, la raccomandazione di orari per andare a letto e di un regime di sonno più appropriato al naturale ritmo sonno-veglia del bambino. La “Rieducazione” (*Reeducation*) si riferisce a interventi che si focalizzano a migliorare la qualità del *caregiving* e le capacità genitoriali di prendersi cura di un bambino piccolo, facilitando una comprensione da parte del genitore delle competenze comunicative e di regolazione emotiva del bambino, e delle caratteristiche specifiche dei cambiamenti nella sua crescita psicologica durante i primi tre anni di vita; questo intervento psicoeducativo aiuta i genitori ad affrontare in modo più adeguato il problema del sonno del bambino o a ridurre lo stress, ad esempio riducendo il coinvolgimento dei genitori quando si avvicina l’ora di andare a letto. Infine, la Ridefinizione (*Redefinition*) si riferisce alla valutazione/cambiamento della qualità delle rappresentazioni mentali della relazione e di aspetti genitoriali interni che influenzano il rapporto con il bambino (ad es., ansia di separazione materna proiettata sul bambino che si rifiuta di andare a letto); l’intervento di ridefinizione affronta dinamicamente ansie, aspettative, distorsioni e sostiene i genitori nel rielaborare la rappresentazione di un bambino “con un problema” verso rappresentazioni più integrate del figlio e della relazione di cura. Le implicazioni per il trattamento si riferiscono ad un percorso di intervento che coinvolge i *caregiver* in un contesto di supporto alla co-genitorialità e in un processo di cambiamento che promuove le capacità di riflettere sulla relazione con il proprio figlio e sulla cen-

tralità delle funzioni genitoriali materne e paterne per un sano sviluppo del bambino.

## ■ Bibliografia

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000), *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth MDS (1973), *The development of infant-mother attachment*. In Caldwell BM, Ricciuti HM (a cura di), *Child development and social policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- American Sleep Disorders Association (1990), *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual* (ICSD: DSM). Kansas City: Allen Press.
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1996.
- American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Anders TF (1989), Sindromi cliniche, disturbi delle relazioni e loro valutazione. In Sameroff AJ, Emde RN (1989), *I Disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Milano: Boringhieri, 1989, pp. 136-155.
- Anders TF (1994), Infant sleep, night time relationship and attachment. *Psychiatry*, 57, 11-21.
- Anders TF, Goodlin-Jones B, Sadeh A (2000), *Sleep disorders*. In CH Zeanah (Eds), *Handbook of Infant Mental Health*. New York-London: Guilford Press.
- Anders TF, Dahl R (2007), Classifying Sleep Disorders in infants and toddlers. In WE Narrow, MB First, PJ Sirovatka, DA Regier (Eds), *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beebe B, Lachmann FM (1994), Representation and Internalization in Infancy: Three Principles of Saliency. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Bretherton I (1987), Le origini e gli sviluppi della teoria dell’attaccamento. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (a cura di), *L’attaccamento nel ciclo di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995.
- Bowlby J (1969), *Attaccamento e perdita. Vol.1, L’attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972.
- Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, Giannotti F (1996), The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5, 251-261.
- Burnham MM, Gaylor EE, Anders TF (2006), Sleep Disorders. In JL Luby (a cura di), *Handbook of Preschool Mental Health*. New York-London: The Guilford Press.
- Carey WB (1984), “Colic” primary excessive crying as infant-

- environment interaction. *Pediatric Clinics of North America*, 31, 993-1005.
- Chatoor I (1999), *Questionario Anamnestico del Bambino*. Manoscritto non pubblicato.
- Chess S, Thomas A (1987), *Origins and evolution of behaviour disorders from infancy to adult life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cicchetti D, Toth SL (1995), A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-505.
- Cummings EM (1995), Security, emotionally, and parental depression: a commentary. *Developmental Psychology*, 3, 425-427.
- Dahl RE (1996), The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 3-27.
- Daws D (1989), *Nel corso della notte. I disturbi del sonno nella prima infanzia*, Napoli: Liguori Editore, 1992.
- Derogatis LR (1994), *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Fallone G, Owens JA, Deane J (2002), Sleepiness in children and adolescents: Clinical implications. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 287-306.
- Field T (1995), Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Freud A (1965), Normalità e patologia dell'età infantile. In A Freud, *Opere*, vol. 3. Torino: Boringhieri, 1979.
- Goodlin-Jones BL, Anders TF (2004), Sleep Disorders. In R Del Carmen-Wiggings, A Carter (a cura di), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Gregory AM, O'Connor TG (2002), Sleep problems in childhood: A longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 964-971.
- Hollingshead AB (1975), *Four Factors Index of Social Status*. New Haven CT: Yale University, Department of Sociology.
- Johnson EO, Chilcoat HD, Breslau N (2000), Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Research*, 94, 93-102.
- Keener MA, Zeanah CH, Anders TF (1988), Infant temperament, sleep organization and night time parental intervention. *Pediatrics*, 81, 762-771.
- Mahler SM, Pine F, Bergman A (1975), *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Mangelsdorf SC, Frosh CA (2000), Temperament and Attachment: One Construct or Two? In H W Reese (Eds), *Advances in Child Development and Behavior*. San Diego, London: Academic Press.
- Mao M., Burnham MM, Goodlin-Jones BL, Gaylor EE, Anders TF (2004), A Comparison of the Sleep-Wake Patterns of Cosleeping and Solitary-Sleeping Infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 2, 95-105.
- Minde K (1997), Sleep disorders in infants and young child. In Noshpitz JD (Eds), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: Wiley.
- Moore MS (1989), Disturbed attachment in children: A factor in sleep disturbance, altered dream production and immune dysfunction, 1: Not safe to sleep: Chronic sleep disturbance in anxious attachment. *Journal of Child Psychotherapy*, 15, 99-111.
- Moore T, Ucko LE (1957), Night waking in early infancy, Part 1. *Archives of Diseases in Childhood*, 33, 333-342.
- Morrell J, Cortina-Borja M (2002), The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep and their relationship to infant sleeping problems as assessed by a new Questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behavior Scale. *Infant and Child Development*, 11, 17-41.
- Richman N, Stevenson J, Graham P (1982), *Preschool to School: a Behavioral Study*. London: Academic Press.
- Riva Crugnola C (1999) (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sadeh A (1996), Evaluating night walking in sleep-disturbed infants: a methodological study of parental reports and actigraphy. *American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society*, 19, 757-762.
- Sadeh A, Anders TF (1999), I disturbi del sonno. In: F Muratori (a cura di), *La nascita della vita mentale e i suoi disturbi*. Pisa: Edizioni Del Cerro.
- Sadeh A, Gruber R, Raviv A (2003), The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74, 444-455.
- Sameroff AJ, Fiese BH (1990), Transactional regulation and early intervention. In JP Shonkoff e SJ Meisels (a cura di), *Early intervention: A handbook of theory, practice, and analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Sameroff AJ, Fiese BH (2000), Models of Development and Developmental Risk. In CH Zeanah, Jr. (Eds), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.
- Sander LW (1964), Adaptive relationships in early mother-child interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, 231-264.
- Sander LW (1980), Investigation of the infant and its caregiving environment. Investigation and conceptualization of adaptive behavior in a system of increasing complexity. In EJ Anthony (a cura di), *Explorations in Child Psychiatry*. New York: Plenum Press, 359-391.
- Sander LW (1987), Awareness of inner experience: a systems perspective on self-regulatory process in early development. *Child Abuse & Neglect*, 11, 339-346.
- Sander LW (2007), Sistemi viventi. *L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Schaefer CE (1995) (a cura di), *Clinical handbook of sleep disorders in children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Scher A, Blumberg O (1999), Night waking among 1-year-

- olds: A study of maternal separation anxiety. *Child Care, Health and Development*, 25, 323-334.
- Stern DN (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri, 1987.
- Trevarthen C (1998), *Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino*. In M Ammaniti, N Dazzi (a cura di), *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Bari: Laterza.
- Tronick EZ (1989), Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Verrillo E, Miano S, Bruni O (2006), *I disturbi del sonno nel bambino*. Area pediatrica. Dossier Neurologia. Milano: Masson.
- Weinberg K, Tronick EZ (1997), Maternal Depression and Infant Maladjustment: A Failure of Mutual Regulation. In JD Noshpitz (Eds), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 1 Infants and Preschoolers. Development and Syndromes*. New York: J. Wiley & Sons.
- Warren SL, Howe G, Simmens SJ, Dahl RE (2006), Maternal depressive symptoms and child sleep: Models of mutual influence over time. *Development and Psychopathology*, 18, 1-16.
- Winnicott DW (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Wolke D, Meyer R, Ohrt B, Riegel K (1995), The incidence of sleep problems in preterm and fullterm infants discharged from neonatal special care units: An epidemiological investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 203-223.
- Zero-to-Three, National Center for Clinical Infant Programs (1994), *Classificazione Diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Tr.it. Milano: Masson, 1997.
- Zero-To-Three (2005), *Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo dell'Infanzia*. Tr.it. Roma: Fioriti Editore, 2008.
- Zuckerman B, Stevenson J, Baily V (1987), Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80, 664-671.

---

Indirizzo per la corrispondenza:  
Prof. Massimo Ammaniti,  
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica  
Via degli Apuli, 1  
00185 Roma  
E-mail: massimo.ammaniti@uniroma1.it