

**Il pediatra di fronte ai problemi del sonno: un'occasione di riflessione sul nostro ruolo**  
**ACPO, Sala Valdese. V. P. Tommaso,**  
**22 marzo 2011**

La serata è nata dal desiderio di mettere in comune alcune riflessioni del gruppo genitorialità nate dalla lettura delle conclusioni della ricerca (a cura delle dottoresse Zaltron e Favretto): “Genitori, bambini e pratiche quotidiane di cura. Il ruolo della pediatria nella costruzione delle rappresentazioni della genitorialità adeguata”. E dal desiderio di confrontare il nostro lavoro medico con una visione antropologica, in grado forse di spiegare alcune contraddizioni in cui ci troviamo immersi.

L'antropologia medica nasce in seno all'antropologia culturale, disciplina che mira ad analizzare l'uomo nelle sue dimensioni socio-culturali; oggi in particolare esamina le interazioni fra i singoli e il contesto in cui agiscono. Studia dunque come alcuni processi politici, economici e culturali “macro” influenzino il livello “micro” e, viceversa, come le esperienze soggettive abbiano una ricaduta sulle dinamiche sociali più ampie.

All'interno di questa prospettiva si costituisce l'antropologia medica, in origine con lo scopo di studiare medicine “altre” che si credevano “credenze” magiche, religiose ed altro ancora. A partire dagli anni settanta la disciplina si è rivolta anche allo studio della biomedicina, considerata anch'essa una pratica socio-culturale.

L'antropologa che ci ha aiutato nella discussione dei temi proposti è la dottoressa Ilaria Lesmo.

Nell'attuale processo di trasformazione della società verso l'individualizzazione e quindi dei cambiamenti rispetto al concetto di bambino, di autorità ecc, non dobbiamo stupirci della difficoltà degli attuali genitori a fare i genitori:

- 1) in un periodo di transizione manca un modello culturale unitario a cui fare riferimento.
- 2) Questo modello manca ai genitori, ma anche ai pediatri e agli altri esperti

Prendiamo, come esempio, il problema del sonno, che è frequente e forse uno dei più controversi. Nelle soluzioni che gli esperti propongono si rintracciano soluzioni diverse. Ci siamo chiesti se, pur fra le diversità ben evidenti, era possibile rintracciare un nucleo comune.

In effetti tutti i testi iniziano con la fisiologia, spiegando le caratteristiche del sonno dei bambini (fasi del sonno, addormentamento nei più piccoli in fase REM, durata delle varie fasi, fisiologia dei microrisvegli nei passaggi di fase ecc) e i loro cambiamenti nel tempo.

Poi però differiscono fra loro anche profondamente nelle soluzioni.

Le differenze nascono da:

- 1) teorie di base differenti
- 2) una lettura diversa dei bisogni dei bambini
- 3) un peso diverso dato ai bisogni del bambino e a quelli della famiglia
- 4) diversità rispetto al problema se, come e quanto il bambino deve essere guidato (quanto quindi viene valorizzato l'aspetto della competenza e quanto quello dell'immaturità; diverso peso di autorità e negoziazione)
- 5) obiettivi dell'educazione

**Vari autori analizzati secondo questi 5 punti:**

**W. Sears** Genitori di giorno e...di notte. La Leache League International, 1985

- 1) La Lega del latte (di cui Sears è diventato uno degli ideologi) basa il suo approccio sull'importanza di seguire la natura. Mamma e bambino sono mammiferi. La cultura non può prescindere da questo, altrimenti fa danni. I problemi del sonno sono una conseguenza di richieste al bambino “innaturali”, legate al tipo di organizzazione e di vita della nostra cultura che non

tengono conto della natura. Riportare il sonno dei bambini alle sue condizioni naturali evita la maggior parte dei problemi.

Non è naturale dormire a lungo di notte (l'allattamento notturno è indispensabile perché il latte umano non è fatto per sonni prolungati; la specie umana richiede alto accudimento perché il neonato completa la sua maturazione fuori dall'utero; i microrisvegli hanno la funzione, importante nell'evoluzione, di controllare l'ambiente per fronteggiarne i pericoli). Non è naturale dormire da solo.

2) Sears mette in evidenza soltanto un tipo di bisogni del bambino: il bisogno di continuità con la vita intrauterina, di fusionalità e di regolazione esterna. Il b perciò è bene che resti nel lettone (al limite si allarga il lettone per far posto a tutti i figli), che mantenga il contatto e la suzione fino a quando vuole. Si staccherà, dal seno e dal lettone, quando è pronto, senza la necessità di un intervento o una pressione esterna. Questa impostazione trascura l'evoluzione del bambino, la crescita delle sue capacità di autoregolazione e i suoi bisogni di autonomia che crescono con lui! (diverso è il neonato e il bimbo di 3 anni).

3) Trascura anche i bisogni dei genitori. Le esigenze degli adulti (di sonno tranquillo, di intimità coniugale ecc) sono negate o minimizzate (la mamma è contenta di poter avere il bambino con sé; i ritmi REM e non REM di mamma e bambino arrivano a coincidere per cui i risvegli della mamma non sono molto disturbanti; dopo la poppata la mamma si riaddormenta subito, anzi può allattare anche senza svegliarsi completamente; se la coppia ha bisogno di intimità può trovare altri tempi e spazi ecc).

4) Sears non ha bisogno né di imporre regole né di negoziare. Educare significa leggere e seguire esclusivamente le richieste del bambino, adattandosi ad esse. Il bambino, soddisfatto nelle sue esigenze di fusionalità, maturerà, diventerà autonomo coi suoi tempi e si svilupperà al meglio.

All'estremo opposto troviamo **il metodo di Estivill**: il bambino, dai 3 mesi, deve addormentarsi da solo e deve gestirsi da solo i microrisvegli. Per ottenere ciò occorre lasciarlo piangere, accorrendo da lui a intervalli sempre più lunghi e sempre senza prenderlo in braccio e senza dargli un aiuto esterno (cullarlo ecc), ma solo facendo sentire la presenza dell'adulto.

1) Questo metodo si basa sulla teoria comportamentistica più arcaica, una teoria che non prende in considerazione né gli aspetti cognitivi né quelli emotivi, ma si basa solo sul concetto: stimolo-risposta (è il sistema utilizzato dagli addomesticatori di animali!)

2) Ignora completamente tutti i bisogni del bambino, tranne quello di riuscire a dormire e quindi di riposare. Ignora inoltre anch'esso l'evoluzione dei bisogni del bambino (si tratta l'addormentamento nello stesso modo, a tutte le età, qualsiasi sia il problema alla base).

3) Salva pienamente il bisogno degli adulti di dormire, di avere tempi e spazi per sé, dei ritmi di vita prevedibili (a letto alle 21).

4) Sottintende che il bambino non è competente. Per crescere bene e per disturbare il meno possibile deve essere guidato completamente e adattato al volere degli adulti. E' il genitore che pone le regole. Educare il bambino significa imporgli delle regole assolute che non tengono conto del suo temperamento (esempio: ore di sonno che sono necessarie a quel bambino lì, bambino ipereccitabile che stenta a rilassarsi e ha più bisogno di altri di una regolazione esterna, bambino angosciato per qualche motivo ecc), dei suoi desideri, dei suoi bisogni (di fusionalità, magari di stare qualche ora coi genitori che lavorano...). E' un metodo autoritario vecchio stile, che somiglia molto al vecchio: "lascialo piangere, se no lo vizi; lascialo piangere e vedrai che impara; piangere fa bene, sviluppa i polmoni".

**Vegetti Finzi** (psicologa; docente di Psicologia Dinamica all'Università di Pavia) si richiama invece alle teorie della Mahler e al conflitto edipico.

1) Tutti insieme nel lettone? No. E' bene che il bambino dorma subito, dal primo giorno, non solo nel suo letto, ma nella sua camera.

E' infatti importante che ogni bambino abbia uno spazio per sé, come individuo distinto, nella mente dei genitori. Ciò permette al bambino di imparare a percepirsi come persona non fusa coi

genitori (percorso di individuazione-separazione). Separazione e esclusione sono inevitabili, rappresentano “prove” da superare per crescere. Bisogna aiutare il bambino in questo percorso, consolandolo quando piange, utilizzando pazienza e calma per aiutarlo a diventare autonomo. Certo, il b ha bisogno di vicinanza corporea che gli comunichi affetto, tenerezza, ma sempre entro i limiti del pudore e del rispetto dell’intimità dell’altro. Questi limiti vengono a cadere quando il contatto diventa troppo intimo, stimolante, avvolgente.

Il b, perché la sua sessualità possa crescere in modo armonioso, deve capire che non si può sostituire al padre o alla madre, non li può separare (conflitto edipico).

Anche **Stephan Clerget**, francese, psichiatra dell’infanzia ((Stephan Clerget, Anne Lamy. Adesso torna nel tuo letto. EGA 2008) ha presente in primo piano la teoria dell’Edipo:

1) “il b. non ha nulla da guadagnare col cosleeping. Dopo i 3 anni il b che sta entrando nella fase edipica avverte e capisce i legami di desiderio amoroso e sessuale fra i genitori e vorrebbe parteciparvi. Educarlo significa insegnargli a rinunciare a questo legame incestuoso. Non è escluso che la vicinanza corporea a 3 anni turbi il suo sviluppo affettivo. Fino a quando non dormirà notti intere, verso i 6 mesi (!), può restare nella sua culla in camera coi genitori. Poi può andare in camera sua”.

**Cramer** sottolinea, alla base dei disturbi del sonno, le angosce dei genitori che si traducono in un disturbo della relazione.

1) I genitori inquieti e angosciati, che sentono il figlio ipervulnerabile, interpretano i normali risvegli del bambino come segni di sofferenza fisica o psichica. Sviluppano perciò un’ipervigilanza, accorrendo immediatamente (a volte anche prima dei risvegli!) a volte disturbando il bambino e impedendogli comunque di imparare l’autoconsolazione

La maggior parte dei testi più recenti hanno in comune la **teoria dell’intersoggettività e quella dell’attaccamento**.

1) Intersoggettività: Il bambino fin dalla nascita è una persona, con sue caratteristiche individuali, in grado di essere in relazione cogli altri: all’inizio una relazione essenzialmente emotiva che poi diventa una relazione anche mentale. Come persona va ascoltato e rispettato ed è soggetto attivo nell’educazione (porta le sue esigenze). Educarlo non significa “inculcare” norme, ma aiutarlo a svelare e realizzare se stesso.

Attaccamento: Nel corso dei primi 3 anni di vita, durante tutte le esperienze della sua giornata (dunque anche durante la gestione del sonno) il bambino si forma un’idea del mondo, di sé e degli altri e struttura il modello di attaccamento e i modelli operativi interni che lo caratterizzeranno per tutta la vita. Se gli adulti sono sensibili alle sue esigenze, rispondono prontamente al suo pianto, ai suoi bisogni, alle sue richieste, imparerà che si può fidare dei genitori, che il mondo è un luogo ospitale e che lui è in grado di vivere bene nel mondo. Maturerà una fiducia di base e un attaccamento sicuro che gli permetteranno, quando è necessario, di distaccarsi con facilità (quindi anche di abbandonarsi al sonno) e di esplorare il mondo.

2) Questi libri considerano in modo simile i diversi bisogni dei bambini e tentano di equilibrarli: da una parte il bisogno di fusionalità e di vicinanza, dall’altra di autonomia e di imparare a passare dall’eteroregolazione all’autoregolazione (dunque di imparare a dormire da soli). Sono molto attenti a non chiedere troppo al bambino (un’autonomia per cui non è ancora pronto) e a gestire i problemi del sonno come tutti gli altri momenti della giornata, nell’ottica di aiutare il bambino a formarsi una base sicura.

3) Cercano in modo simile di tener conto anche dei bisogni dei genitori (di dormire, di avere orari prevedibili e tempi per sé).

Sono libri che in generale offrono meno ricette precise (per esempio non si schierano sul tema: lettone sì o no) in quanto richiedono di calibrarsi sul singolo bambino, sulla singola famiglia e sulle diverse tappe del suo sviluppo.

Cercano di aiutare i genitori dicendo, in realtà, cose ovvie: preparare il bambino al sonno, l’importanza dei rituali, non far addormentare il bambino al seno, aiutare e incoraggiare

l'autonomia del bambino ma rispettandone con pazienza i ritmi di sviluppo ecc. Sono i più equilibrati e ovvii, ma anche i più difficili da applicare.

Differiscono fra loro per sottolineature diverse riguardanti gli ultimi 2 punti: il 4), cioè il tema di quanto è necessario guidare il bambino (autorità e negoziazione, peso diverso ai 2 poli: competenza-immaturità del bambino) e il 5), cioè gli obiettivi dell'educazione

4) Procedendo dai più autoritari (maggiore peso all'immaturità) ai meno autoritari (maggiore peso alla competenza):

**Grazia Honegger Fresco** (Facciamo la nanna, Il leone verde, 2006), allieva della Montessori. Il bambino deve essere libero di svilupparsi, però entro binari molto precisi, rigidi e uguali per tutti, formulati dai genitori per il benessere del bambino.

Il problema del sonno praticamente non esiste se si segue questa impostazione e si aiuta il bambino ad avere una "buona" giornata, in quanto tutto ciò che rende ricca e interessante la veglia facilita il sonno. Il bambino deve avere autonomia di movimento (non deve essere messo in seggiolini, infant seat ecc, ma a terra fin dal primo mese); non aiuti inutili (che sono ostacoli allo sviluppo); deve giocare da solo in modo da esplorare e vivere le sue esperienze, senza essere "plagiato" dal pensiero e dall'immaginazione dell'adulto; non deve essere posto di fronte a scelte eccessive (è il genitore che sceglie, non il bambino); deve avere regolarità nei ritmi di vita (a letto non oltre le 20,30 anche se il papà rientra tardi)

*(Questo approccio, probabilmente rivoluzionario all'epoca della Montessori che è stata una delle prime a considerare il bambino come individuo, mi sembra molto datato perché dimostra molto interesse per le condizioni ambientali che favoriscono lo sviluppo, ma molto poco per la relazione).*

**Tracy Hogg** (Il linguaggio segreto dei neonati, Mondadori, 2001). Infermiera inglese, specializzata in puericultura, vive a Los Angeles dove ha fondato Baby Technique con cui offre consulenze a genitori, tiene corsi, conferenze ecc.

E' il genitore che detta il ritmo, non il bambino "che è solo un bambino".

Però, rispetto all'autrice precedente, è attenta anche alle differenze fra bambino e bambino: li distingue in vari gruppi secondo le loro caratteristiche (angelico, da manuale, sensibile, vivace, scontroso).

La strutturazione della giornata è anche qui rigida, uguale per tutti, ma la proposta al bambino viene fatta in modi differenti tenendo conto delle sue caratteristiche. La giornata deve seguire un ritmo preciso: pasto, gioco, nanna, tempo per i genitori, in una cornice che dia ordine e regolarità alla vita del bambino. Ciò aiuta la famiglia a non vivere nel caos, a gestire i vari problemi (non solo del sonno, ma anche di alimentazione, coliche ecc). Aiuta anche il bambino a crescere e il bambino non fa fatica a seguirla perché è rispettosa delle sue esigenze.

Rispetto al sonno utilizza i soliti consigli (attività tranquille serali, rituali ecc) sottolineando che è importante non rendere il b dipendente da bisogni esterni (ciò significherebbe togliergli la possibilità di calmarsi da solo e impedirgli di addormentarsi da solo) e che sostenere l'autonomia non vuol dire lasciarlo piangere, ma soddisfare i suoi bisogni. Significa però anche rimmetterlo giù non appena i bisogni sono soddisfatti.

**La Clerget** suggerisce, per i bambini che si svegliano e chiamano nel cuore della notte, di fare "un contratto: "io ti aiuto con orari regolari, con rituali, e tu non ci svegli e non vieni nel lettone".

Un contratto: dunque il bambino è alla pari col genitore. Ma far rispettare il contratto, come si vede successivamente, dipende dal genitore: "Se si sveglia ogni 2 ore: si ritarda un po' alla volta il momento in cui si risponde al suo pianto. Quando si va gli si dice solo: E' notte, bisogna dormire, senza coccole e discussioni"

**Asha Philip** (I no che aiutano a crescere, Feltrinelli, 1999) propone un modello di genitore che aiuta attivamente il bambino a maturare e a crescere facendogli delle richieste ma anche fornendogli amore e sostegno. Per quanto riguarda il momento del sonno la madre che mette il bambino a dormire nella culla gli comunica che il disagio che lui sente è sonno e che la culla non è un posto orribile. Crea in lui la sensazione che le cose andranno bene, gli permette di trovare i modi per adattarsi, lo aiuta nel rafforzamento del senso di sé. E' l'inizio di una crescita emotiva, un primo

passo per attingere da sé le proprie risorse e per goderne. Il b però deve ricevere abbastanza amore da avere il “carburante” necessario.

Pur con un’impostazione di questo genere non si scaglia contro il metodo Estevill. Porta l’esempio di una madre spesso sola (il compagno lavorava lontano), incapace di lasciar piangere la bimba di 9 mesi, ma esausta per i suoi risvegli ogni 2 ore. Con l’aiuto di un’amica, ha lasciato piangere la bambina la prima sera per 1 ora, poi mezz’ora; in 5 giorni la b. non si è più svegliata. L’autrice la definisce una soluzione drastica, ma dice che, “siccome avevano una solida base comune, il recupero fu relativamente facile”.

**Sara Letardi** (Il mio bambino non mi dorme, Bonomi, 2007) propone un approccio ancora meno direttivo, in cui la madre, quando ci sono problemi del sonno, non impone nulla, ma propone al bambino cambiamenti nella gestione dell’addormentamento e dei risvegli.

Anzi, con l’idea che è il metodo che si deve adattare al bambino e non viceversa, l’autrice arriva a suggerire di chiedere il consenso del bambino ai cambiamenti, lasciando a lui la libertà di scegliere se accogliere o meno le richieste, che andranno sempre formulate con un: “Per favore” e seguite da un “Grazie”.

Ci sono poi differenze rispetto agli obiettivi della educazione:

**5) Brazelton** sottolinea molto il bisogno di autonomia del bambino. L’autonomia è un valore in sé, uno degli obiettivi principali dell’educazione negli USA, come conseguenza dell’educazione a una società individualista.

Prima dei 4 mesi, per l’immaturità del SNC, il bambino non è in grado di addormentarsi da solo e di gestirsi i risvegli.

Ma già a 3 settimane si può cercare di intervenire sui ritmi sonno-veglia provando ad allungare gli intervalli fra le poppate. Poi, via via, per condizionarlo a un lungo sonno notturno, si può intervenire sempre di più, per esempio svegliandolo, se è necessario, alle 22. Successivamente si può agire sul ritmo e la durata dei risvegli diurni.

Aiutare il b ad addormentarsi da solo è una modalità rispettosa del bambino, della sua autonomia e delle sue possibilità.

Dai 4 mesi si può cominciare ad aiutarlo ad addormentarsi da solo. E’ infatti fisicamente pronto a stare 6-8 ore senza mangiare e il suo cervello ha raggiunto una maturazione tale per cui può avere un ruolo attivo nell’addormentamento.

Un b di 5 mesi deve aver già imparato a gestirsi da solo i risvegli notturni.

Alcuni consigli: non addormentarlo al seno o in braccio; metterlo nel lettino ancora sveglio, dandogli buffetti, carezze e dicendogli: “Ce la fai, ce la fai...!”; offrirgli il ciuccio; fargli trovare il dito; ninne-nanne; suono “bianco”; rituali.; ai risvegli non accorrere al primo strillo.

Se si vuole si può metterlo nel lettone (sembra che secondo Brazelton sia un’esigenza più del genitore che lavora e desidera il contatto col figlio che del bambino). Ma bisogna sapere che a 2 o 3 anni, quando si vorrà spostarlo, lui avrà inserito il lettone e il genitore nelle modalità di addormentamento e il cambiamento potrà essere difficile.

Naturalmente ci saranno regressioni ai touch points. In quei momenti sarà come fare un passo indietro, occorrerà nuovamente una maggiore presenza. Bisognerà però fare attenzione ai segnali che dicono che il b è nuovamente pronto per una maggiore autonomia (spesso basta una settimana).

Puntando probabilmente molto anche lei sull’autonomia **L. Moore**, ricercatrice, docente di Psicologia dello Sviluppo in Inghilterra (Il linguaggio prima delle parole), propone di insegnare ad addormentarsi da solo anche al neonato. Per mediare fra il bisogno di fusionalità del b molto piccolo e l’educazione all’autonomia, ripropone un metodo utilizzato in alcune culture: quello di fasciare il bambino. Suggerisce cioè un contenimento artificiale (la fasciatura), invece di prendere in considerazione un contenimento “naturale” (le braccia) anche per un neonato.

**Carlo Gonzales**, pediatra spagnolo, (Besame mucho, Coleman) sembra puntare invece ad una educazione meno individualista. Abbiamo bisogno gli uni degli altri; gli esseri umani sono interdipendenti. Il pianto è un segnale. Il bambino che piange sta esercitando una competenza sociale, sta imparando a chiedere aiuto. Perciò occorre rispondere al suo pianto.

Vediamo gli **studi pediatrici**.

### **Genitori più.**

Si occupa dell'argomento solo dal punto di vista della prevenzione della SIDS.

Bene condividere la stanza da letto per permettere un "disturbo" fisiologico del sonno (cioè impedire un sonno troppo profondo che inibisce l'automatismo del respiro quando il SNC è ancora immaturo) in modo da ridurre il rischio di SIDS.

Fino al 2004 si riteneva sicuro il bed sharing (tranne che per genitori fumatori, obesi o sotto effetto di sonniferi, alcool, o droghe). Studi recenti hanno evidenziato che il bed sharing aumenta comunque il rischio di SIDS sotto le 11 settimane. Perciò sembrerebbe ammesso solo oltre le 11 settimane. Ma il problema è ancora in parte controverso.

### **(Quaderni ACP 2005, numero 4 e 6)**

Nei cosleepers sono documentati maggiori disturbi del sonno. Si conferma cioè che il sonno nel lettone ha periodi più brevi di sonno profondo e più frequenti risvegli.

Questo è valutato positivamente da alcuni (Moschetti, pediatra di base, superesperta della fisiologia del sonno) in quanto diminuisce i rischi di SIDS) e negativamente da altri (Ciotti, neuropsichiatra infantile di Cesena).

Inoltre Moschetti vede il cosleeping come conseguenza dei disturbi del sonno (non dorme, quindi lo metto nel lettone) mentre Ciotti come causa (lo metto nel lettone e il sonno del bambino è più disturbato).

Ciotti perciò consiglia ai pediatri di affrontare il problema del sonno prima che i bambini raggiungano gli 8-9 mesi (età in cui i disturbi iniziano ad essere più frequenti per l'ansia da separazione), spiegando ai genitori che il b. deve imparare ad addormentarsi da solo e non deve stare nel lettone. Pur essendo un neuropsichiatra che sostiene la teoria dell'attaccamento non demonizza il metodo Estivill (valorizzando il fatto che comunque c'è una risposta al pianto del bambino e che tale risposta è prevedibile per lui).

Moschetti sottolinea come il sonno solitario crea ansia (aumento del cortisolo e della frequenza cardiaca) e propone quindi, rispetto al lettone, di lasciar fare ai genitori come vogliono, spiegando loro che comunque i disturbi sono transitori (fino ai 3 anni!).

Partendo da teorie diverse, diversa dunque è la posizione riguardo a: lettone sì, lettone no.

Ma anche riguardo ad altri aspetti:

### **Ciuccio**

Sears: non serve; c'è la suzione al seno

Brazelton: si può

Hogg: sì, ma solo prima dei 3 mesi e senza abusarne (aiuta il bambino a non utilizzare la mamma come un ciuccio umano). Se un bambino di 3 mesi si sveglia piangendo perché ha perso il ciuccio, significa che se ne è abusato.

Genitori più: ha effetto protettivo contro la SIDS, perciò sì' dopo il primo mese (per non interferire coll'allattamento; ma in nota si riportano recentissimi studi che sembrerebbero dimostrare che non interferisce sull'allattamento) e fino all'anno.

Dentisti: no perché favorisce le malocclusioni

### **Dito**

Hogg: sì, in quanto iniziativa del bambino. Non c'è problema sul farlo smettere: smetterà di succhiarlo quando è pronto.

Fresco: quando il bambino lo trova da solo, lasciarglielo, ma non attivarsi per farglielo trovare.

Brazelton e Murray: attivarsi per farglielo trovare, in modo che sia facilitato nella gestione dell'autoconsolamento.

Dentisti: malocclusioni

### **Farlo addormentare al seno**

Sears: si

Tutti gli altri: no, metterlo giù ancora sveglio

### **Correre subito ai risvegli**

Estevill: no. Mantenere i tempi del metodo.

Brazelton: no, lasciargli il tempo di provare a riaddormentarsi

Letardi: sì, in modo che non si svegli completamente

Sears: sì, offrendogli subito il seno

### **Età a cui cominciare a insegnargli a dormire:**

Estivill: dopo i 3 mesi

Murray: subito

Philips: subito

Brazelton: dopo i 4 mesi

### **Età a cui può sospendere le poppate notturne:**

Brazelton: 4 mesi

Letardi: 1 anno

Sears: quando vuole

### **Età a cui ci si può aspettare che faccia una notte intera**

Brazelton: 5 mesi

Clarget: 6 mesi

Estivill: 6 mesi

Cramer: all'anno il 60-70% dei bambini ha la capacità di addormentarsi da solo e di gestirsi i risvegli

Ogni pediatra poi ha i suoi aggiustamenti personali di queste teorie, aggiustamenti che riflettono le abitudini sue e della sua famiglia, le sue esperienze, le sue letture, le sue inclinazioni, le sue preferenze. Quasi mai ha una chiarezza di fondo sui motivi che lo spingono a dare certi "consigli" piuttosto che altri. Quasi sempre ha la convinzione che le sue idee siano le uniche giuste e, sotto sotto, che i genitori che non le condividono o non riescono ad applicarle sono "strani" o "inadeguati".

Ciò che rende molto difficile la situazione è che le teorie di riferimento non sono esplicitate e quindi è molto difficile discuterle. Si percepisce solo una differenza.

In questo quadro quale può essere il ruolo del pediatra?

Gli viene richiesto, come abbiamo visto dalla ricerca, di avere un ruolo per aiutare i genitori nell'educazione del bambino. Ma su quali basi può dare dei "consigli"?

Consigliare un metodo autoritario o la negoziazione? Quanto tener conto dei bisogni del b e quanto di quelli del genitore? Quanto valorizzare i bisogni di fusionalità e quanto di quelli di autonomia?

## **DISCUSSIONE**

- La prima sensazione è di smarrimento. Alcuni dicono di aver sempre pensato di non saper risolvere il problema del sonno per il fatto di avere scarse conoscenze, altri di aver letto sempre molto sull'argomento confondendosi sempre di più le idee.

Adesso sembra che una certezza ci sia: non ci sono certezze.

- Alcuni dicono di non dare, in effetti, mai "consigli". I genitori, che arrivano angosciati per il problema del sonno del bambino, col tempo lo risolvono da soli.

- Altri sottolineano che in realtà di fatto si limitano ad ascoltare.

- Alcuni sottolineano che basi certe ci sono: la fisiologia. E' importante che il pediatra la conosca e la spieghi ai genitori, anche come linee anticipatorie. Questo riduce di molto i problemi successivi (in effetti tutti i testi iniziano con le basi di fisiologia) anche se, secondo la maggioranza dei presenti, ciò non sempre è sufficiente.

- Importante, per porsi di fronte al paziente, è diventare consapevoli del nostro modello personale, costruito negli anni, delle sue radici, delle sue motivazioni.

**Lesmo.** La contrapposizione che fa Sears fra natura e cultura è, a sua volta, una costruzione culturale che presuppone che sia possibile scindere l'evoluzione biologica dell'essere umano da una sovrapposizione socio-culturale. La natura dell'uomo è di essere un "essere culturale". L'uomo, sin dalla sua esistenza intrauterina è calato in un mondo culturale che lo informa. Dunque non si può riportare il sonno dei bambini alla sua condizione "naturale". Nessun bambino si stacca dal seno o dal lettone senza pressioni esterne, perché nessun bambino è avulso da pressioni esterne, consapevoli o inconsapevoli, volontarie o involontarie. Anche l'apparente assenza di "pressioni esterne" è in realtà un elemento che plasma il soggetto. L'uomo è sempre relazionale. Gli stessi bisogni del bambino prendono forma nel corso di rapporti interpersonali. Le sue richieste diventano tali quando vengono interpretate come richieste, altrimenti sarebbero una serie di segnali inascoltati.

Sears considera l'individuo una monade in grado di agire sulla base dei propri istinti, indipendentemente dal contesto in cui è calato.

Estivill presuppone che la struttura sociale (qui per esempio l'organizzazione della vita familiare) si imponga sull'individuo, senza lasciargli margine per l'azione. Questa prospettiva è opposta a quella individualista (è il singolo che determina la struttura, dunque, nel nostro caso, il bambino con le sue esigenze e richieste che determina la struttura familiare). Sono 2 prospettive opposte che da sempre percorrono le scienze sociali.

La medicina punta sempre di più all' *enhancement* del soggetto, al suo potenziamento. E' interessante chiedersi quanto il singolo debba essere adeguato, anche mediante le pratiche mediche, a certe categorie socio-culturali o quanto siano queste a doversi adattare all'individuo.

L'antropologia non individua pratiche "giuste" o "sbagliate": tutte concorrono alla costruzione dell'individuo. Però scegliendo di dare più peso a un modello piuttosto che a un altro il medico influenza il soggetto, la società e la cultura.

Il medico è una figura socialmente legittimata a curare. Il medico "educa" comunque, anche quando tenta di sottrarsi a questo ruolo, proprio per il suo stato sociale. Non rispondere alle richieste del genitore o limitarsi ad ascoltarlo senza dare risposte sono comunque risposte, perché il medico detiene il potere di cura.

Il genitore che viene ascoltato modifica il suo racconto secondo il tipo di interlocutore che ha di fronte, opera delle scelte nella narrazione. Non esiste una verità da narrare.

Il medico deve essere consapevole del suo potere di curare, di interpretare i segnali e di fornire risposte. Del potere di costruire l'individuo e quindi la società, del suo potere normativo e politico.

I modelli di fronte al problema del sonno corrispondono a modelli di individui e società diversi.

Per Brazelton l'autonomia è un valore in sé. L'autonomia in effetti nella cultura americana è fondamentale ed è molto utile raggiungerla. Non è detto che in altre culture questo modello sia il più utile ed efficace.

Quindi Brazelton è figlio della sua cultura e insieme, proponendo l'adeguazione a quella cultura (senza, per esempio, criticarla) la rafforza.

Dobbiamo cercare di comprendere, attraverso la narrazione, la famiglia che abbiamo davanti, il suo modello.

Il modello del medico non deve essere escluso. Anche se sul problema del sonno non ci sono evidenze forti il medico ha una sua cultura, delle sue esperienze di vita e professionali che gli danno sul tema una competenza (anche se non EBM fondata e non condivisa da altri operatori).

- Il medico può intervenire per far comprendere, non per imporre un altro punto di vista.
- Tutti gli autori colgono una parte di verità. Anche Estivill coglie che è importante guidare il bambino, la Vegetti Finzi coglie che in certi casi l'intimità può essere eccessiva ecc.
- Il paternalismo significa voler influenzare. Diverso è fornire la propria chiave di lettura.

**Lesmo.** La medicina non è una disciplina “forte”, ma è essa stessa dotata di una dimensione storica e culturale (il modo biomedico è uno dei modi possibili di leggere la realtà che è comunque complessa e non riducibile a un solo modello). Tanto più non è una disciplina forte in aree grigie come questa del sonno (e la pluralità degli studi presentati lo dimostra)

La pratica medica diventa un lavoro di interpretazione e di negoziazione.

E’ possibile intervenire in modo consapevole nel processo di negoziazione esplicitando (almeno verso se stessi) la scelta interpretativa adottata e non liquidando le interpretazioni fornite dagli interlocutori come “strane” e “inadeguate”. Esse possono esserlo all’interno di quel paradigma biomedico o entro le pratiche sociali di un particolare contesto, ma non in termini assoluti.

E’ da questi presupposti che si può elaborare un a risposta condivisa mediante una partecipazione consapevole dei soggetti coinvolti nella relazione (ad esempio mediante la narrazione).

Lì i saperi si incontrano e si influenzano reciprocamente (dunque anche il paziente influenza il medico!) col fine di costruire qualcosa di condiviso.

- Per una negoziazione e co-costruzione efficace il modello del medico non deve svanire, anzi deve essere proposto in modo chiaro, anche se disponibile a modifiche (“Che ne dice di provare così? Può provare e poi possiamo vedere se funziona”)

- Il sistema della negoziazione è superiore al sistema paternalistico perché è più efficace.

Le riflessioni sull’importanza di tener conto del punto di vista del paziente (della *illness*, ossia del vissuto di malattia e non solo della *disease*, ossia della malattia organica) sono nate proprio dall’esame dei ripetuti insuccessi della medicina paternalistica, cioè autoritaria, che tiene conto solo del modello del medico.