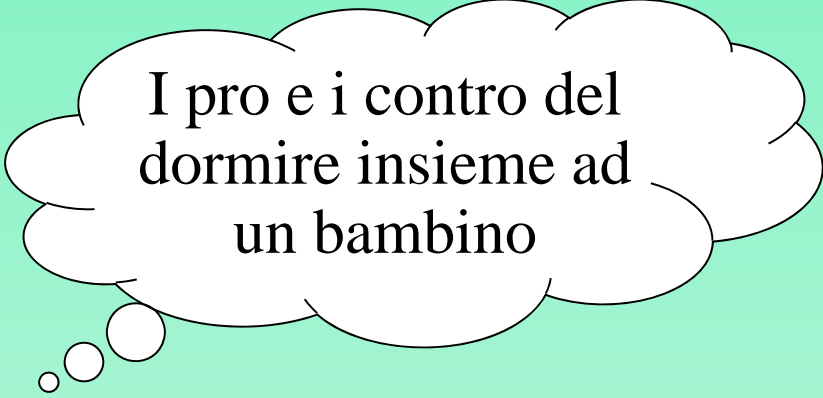


COSLEEPING SÌ O NO ?



I pro e i contro del
dormire insieme ad
un bambino

19/10/2009

Torino - DISTURBI DEL SONNO
IN ETA' PEDIATRICA

Piccolo glossario

- *Bedsharing*: condividere la stessa superficie per dormire (letto, divano, tappetino giapponese)
- *Cosleeping*: dormire a portata di mano di un genitore ma non necessariamente sulla stessa superficie
- *Roomsharing*: dormire nella stessa stanza

N.B.: quasi sempre il termine “cosleeping” è usato per indicare il “bedsharing”.

Si può parlare di cosleeping quando esso viene praticato per almeno 1 notte al mese e per almeno 1 ora a notte.

Viene definito “*frequent*” quando riguarda almeno 12 notti/mese e “*all-night*” se supera le 5 ore a notte (se <5 h: “*part-night*”).

“*Cosleeping and sleep problems in Hispanic-American urban young children*” FF Schachter, ML Fuchs, PE Bijur and RK Stone, *Pediatrics* 1989 vol.84(3), 522-530

Cosleeping nella preistoria...

- Le coppie madre-cucciolo dei gorilla hanno un contatto fisico costante
- Fin dall'inizio della nostra storia evolutiva i cuccioli d'uomo hanno sempre richiesto un contatto fisico con il caregiver, giorno e notte, per regolare la propria temperatura corporea, il respiro e le altre funzioni vitali



*“New” practice of bedsharing and risk of SIDS - Helen L Ball, Peter S Blair, Martin P Ward-Platt
THE LANCET • Vol 363 • May 8, 2004*

... nella storia ...

- Esaminando le popolazioni “primitive” di cacciatori-coltivatori in molte culture del mondo, diversi aspetti codificati dell'accudimento dei bambini hanno rivelato un pattern uniforme. La cura principale spetta alle madri, che forniscono un contatto corporeo esteso al giorno e alla notte e un allattamento al seno prolungato. Quando non portati in braccio, questi bambini hanno completa libertà di movimento. L'accudimento è molto affettuoso, con risposta immediata e protettiva al pianto. Ciononostante, in molti gruppi i bambini raggiungono un'indipendenza precoce, e fra i 2 e i 4 anni spendono più di metà del loro tempo lontani dalla madre.
- Negli USA questo pattern di accudimento che durava da 1-3 milioni di anni è stato sostituito da uno che sembra “riunire nel nido” o “nascondere” i bambini. Questi passano poco tempo in contatto corporeo con i loro genitori, e i loro movimenti sono costretti da seggioloni, sdraiette o culle. Dei pochi allattati al seno, molti sono svezzati in poche settimane. Sono regolarmente raccomandati il dormire separatamente e il rispondere in ritardo ai richiami.
- Queste notevoli trasformazioni potrebbero profondamente alterare lo sviluppo dei bambini e il coinvolgimento materno.

“Infant care: cache or carry.” Lozoff B, Brittenham G. J Pediatr. 1979 Sep;95(3):478-83.

... e nel mondo...

- I Giapponesi hanno un ideogramma apposito per identificare il bambino che dorme fra i due genitori
- In Corea il 73.5% delle madri approva il bed sharing fra 3 e 6 anni di età. I motivi principali per il bed sharing sono: “to look after the child while sleeping” e “the child is too young to sleep alone.”
- In Inghilterra il bed-sharing nei bambini di 1-3 mesi non è correlato con fattori sociali (madri giovani o single, famiglie numerose o di basso ceto sociale) e non è più comune nei mesi invernali, ma è piuttosto legato all'allattamento al seno.
- Negli USA i fattori maggiormente correlati al bed-sharing nei primi 8 mesi di vita sono: giovane età materna, etnia materna “nera” o asiatica, basso reddito familiare, residenza negli USA meridionali e età del bambino < 8 settimane



Sebbene il “bed-sharing” sia praticato in circa il 90% delle popolazioni del mondo, le società industrializzate occidentali considerano normale e auspicabile che un bambino debba dormire da solo¹

Infatti, ci si aspetta che i bambini mostrino profili del sonno tipici degli adulti già a partire dai 3 - 4 mesi di età²



Dr. Spock (1976)

I bambini devono addormentarsi nei loro letti, senza compagnia, almeno dai 3 mesi !

Non bisogna prendere un bambino nel letto dei genitori per nessuna ragione !

[1] Mosko S, McKenna J, Dickel M, Hunt L. Parent-infant co-sleeping: the appropriate context for the study of infant sleep and implications for sudden infant death syndrome research. *J Behav Med* 1993;16:589-610.

[2] Hoppenbrouwers T, Hodgman J, Harper R, Serman M. Temporal distribution of sleep states, somatic activity, and autonomic activity during the first half year of life. *Sleep* 1982;5:131

I DIKTAT DI ESTIVILL

E. Estivill. Fate la nanna. Ed. Mandragora 1999

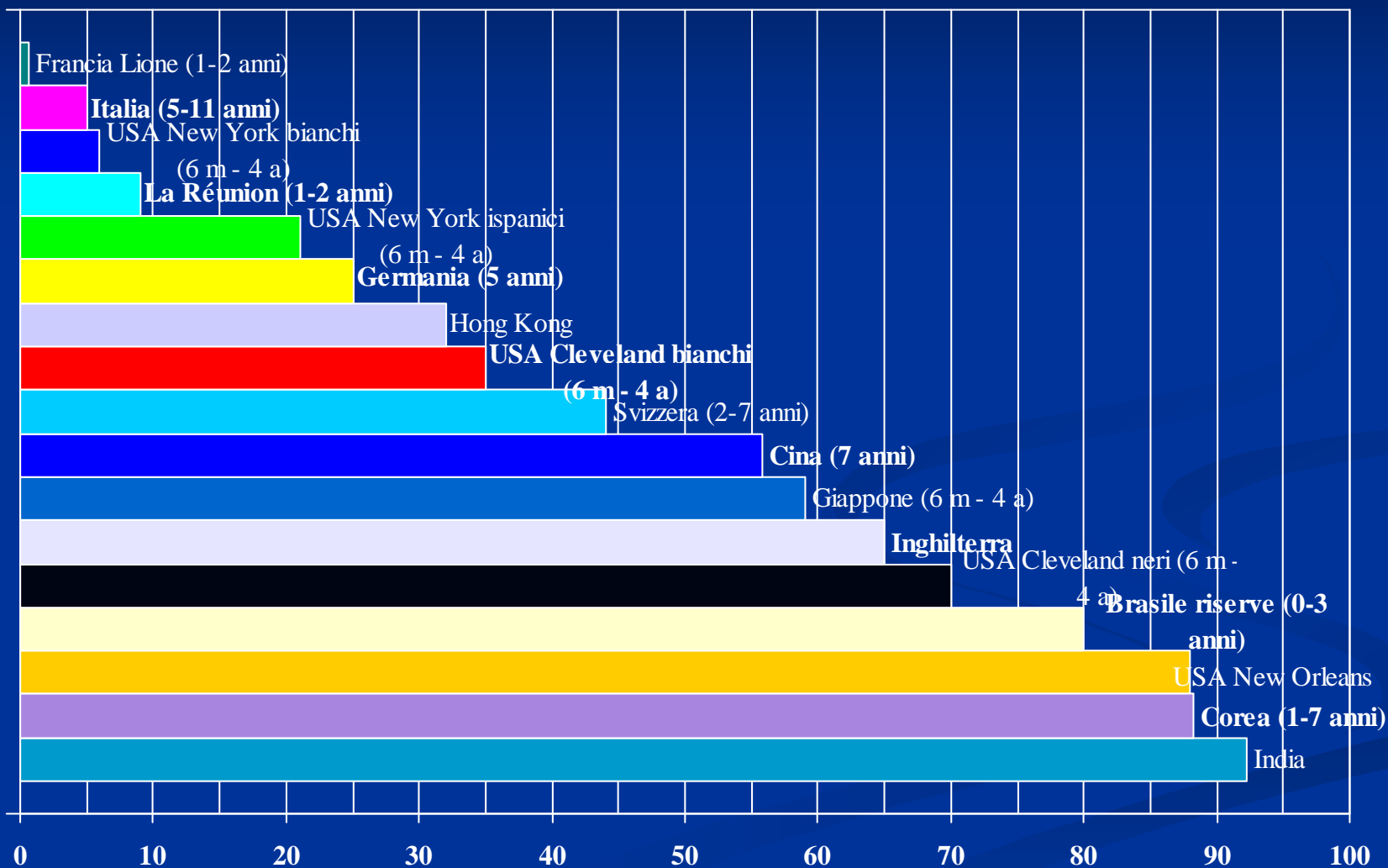
“compiuti i primi 6-7 mesi di vita il bambino dev’essere in grado di dormire:

- 1) da solo**
- 2) nella sua stanza**
- 3) al buio**
- 4) senza soluzione di continuità (cioè intorno alle 11-12 ore filate)”**

COME?

“Al terzo mese al massimo il piccolo deve essere sistemato nella propria cameretta” “..Se non ve la sentite proprio di rinunciare ai vostri privatissimi spazi nulla vi impedisce di sistemarlo subito nella sua cameretta”

Incidenza di cosleeping nel mondo



Incidenza di cosleeping:

- International Child Care Practices Study (ICCPs): dati da 17 nazioni dicono che il bedsharing va dal 2 all'88%.
- Italia: 5% (901 bambini in età scolare)
- USA:
 - New Orleans: 88% (per il 65% dei genitori è una pratica accettabile)
 - San Diego (California): il bed-sharing diurno è più comune fra gli Afro-Americani e i Latino-Americani che fra i bianchi
 - New York:
 - Ispano-Americani di Harlem: 21% "frequent all-night cosleeping" e 88% room-sharing
 - Bianchi: 6% "frequent all-night cosleeping" e 10% room-sharing
 - Cleveland: 35% fra i bianchi e 70% fra i neri
 - Fra i lattanti di età < 8 mesi la percentuale è raddoppiata dal 1993 (5,5%) al 2000 (12,8%)
- Francia: 9% a La Réunion (Brasile), 0,7% a Lione.
- Svezia: 25,9% nei bambini di 3 mesi allattati al seno, 11,3% nei nutriti con formula
- Germania: 25% dei bambini di 5 anni
- Norvegia: aumento del bed-sharing di routine dal 4% (1984) al 15% (1998)

Incidenza di cosleeping:

- Corea: 88,2% dei bambini fra 1 e 7 anni (pratica molto comune e socialmente accettabile come parte naturale dell'allevamento dei bambini. I valori familiari e culturali coreani enfatizzano i legami familiari e la dipendenza interpersonale).
- Brasile:
 - Comunità isolata rurale Afro-Brasiliana di Furnas do Dionisio (Mato Grosso): 80% a 2-3 anni, 25% a 8-10 anni.
 - Comunità Bororo in Riserva Indiana del Mato Grosso: 81,5% a 0-2 anni.
 - Comunità Terena nel Mato Grosso: nei bambini da 2 a 10 anni il cosleeping è la regola (100% in 67 bambini). Questa cultura attribuisce grande importanza ai legami familiari.
- Giappone: 59% dei bambini di 0-4 anni (vs 15% negli USA). Fra i cosleepers, il 100% dei bb. Giapponesi praticano un "all-night cosleeping" vs l'11% dei bb USA.
- India: 92.2%
- Hong-Kong: 81% room-sharing, 32% bed-sharing
- Inghilterra: nel Nordest il 65% dei bambini pratica il bed-sharing, nel 95% con entrambi i genitori; fra i neonati circa il 50% ha dormito almeno una volta nel letto dei genitori

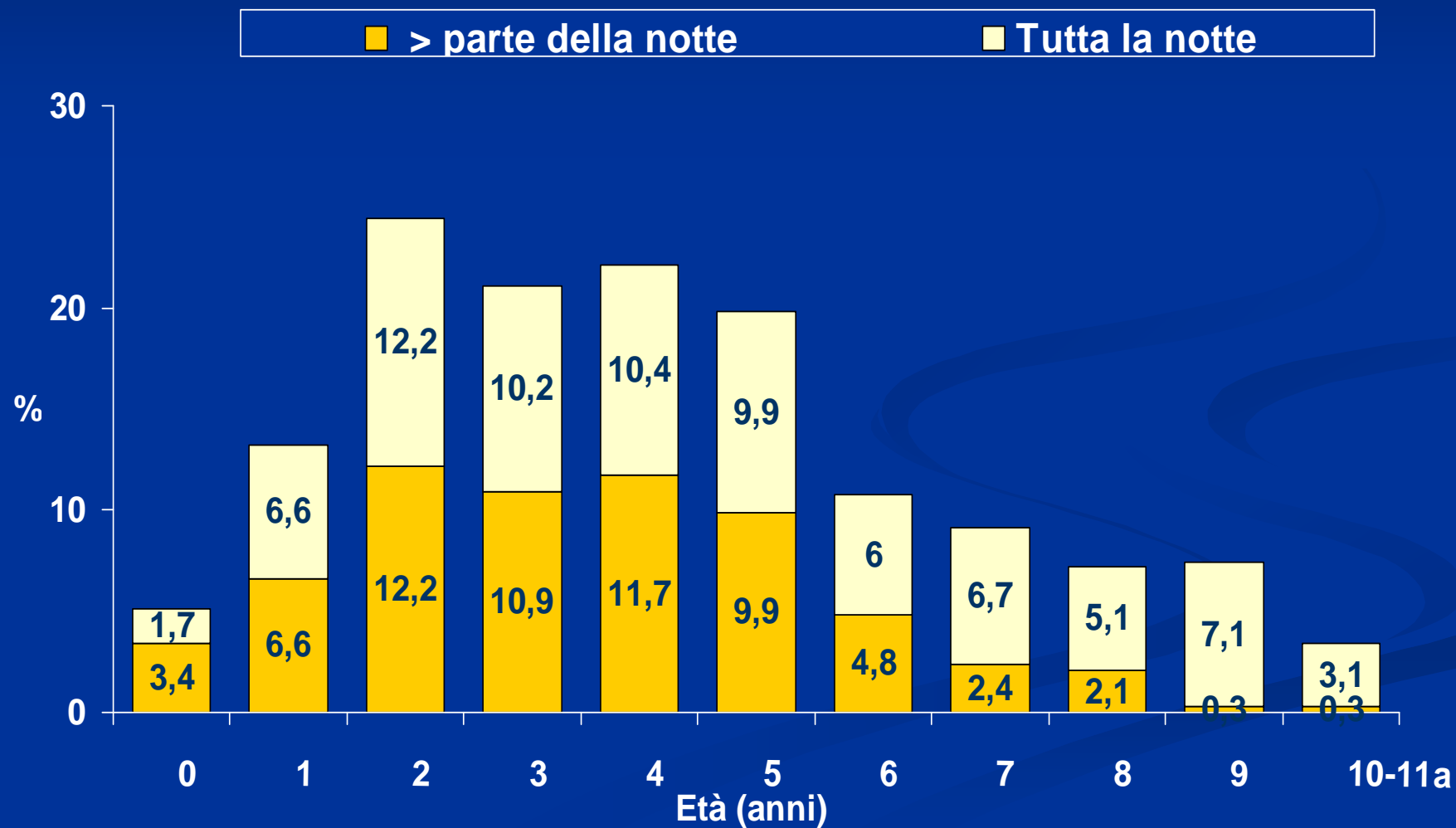
Perché si dorme insieme ai bambini?

1. “Frequent all-night cosleeping”:

- ❖ **INTENTIONAL** cosleeping:
 - Motivi culturali (società che danno molta importanza ai legami familiari e interpersonali, che utilizzano molto il contatto corporeo)
 - Motivi ideologici (genitori che pensano che sia la cosa migliore per il bambino e fautori del legame di attaccamento)
 - ☞ **N.B.:** in genere iniziato entro i primi mesi di vita
- ❖ Situazioni familiari (famiglia uniparentale, separazioni, genitori turnisti)
- ❖ Fattori ambientali (sovraffollamento della casa, poche stanze a disposizione)

“Frequent all-night cosleeping” in Italia:

(da: G. Rapisardi - XXIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPEDIATRIA Viterbo 8-10 ottobre 1998)



Perché si dorme insieme ai bambini?

2. “Frequent part-night cosleeping”:

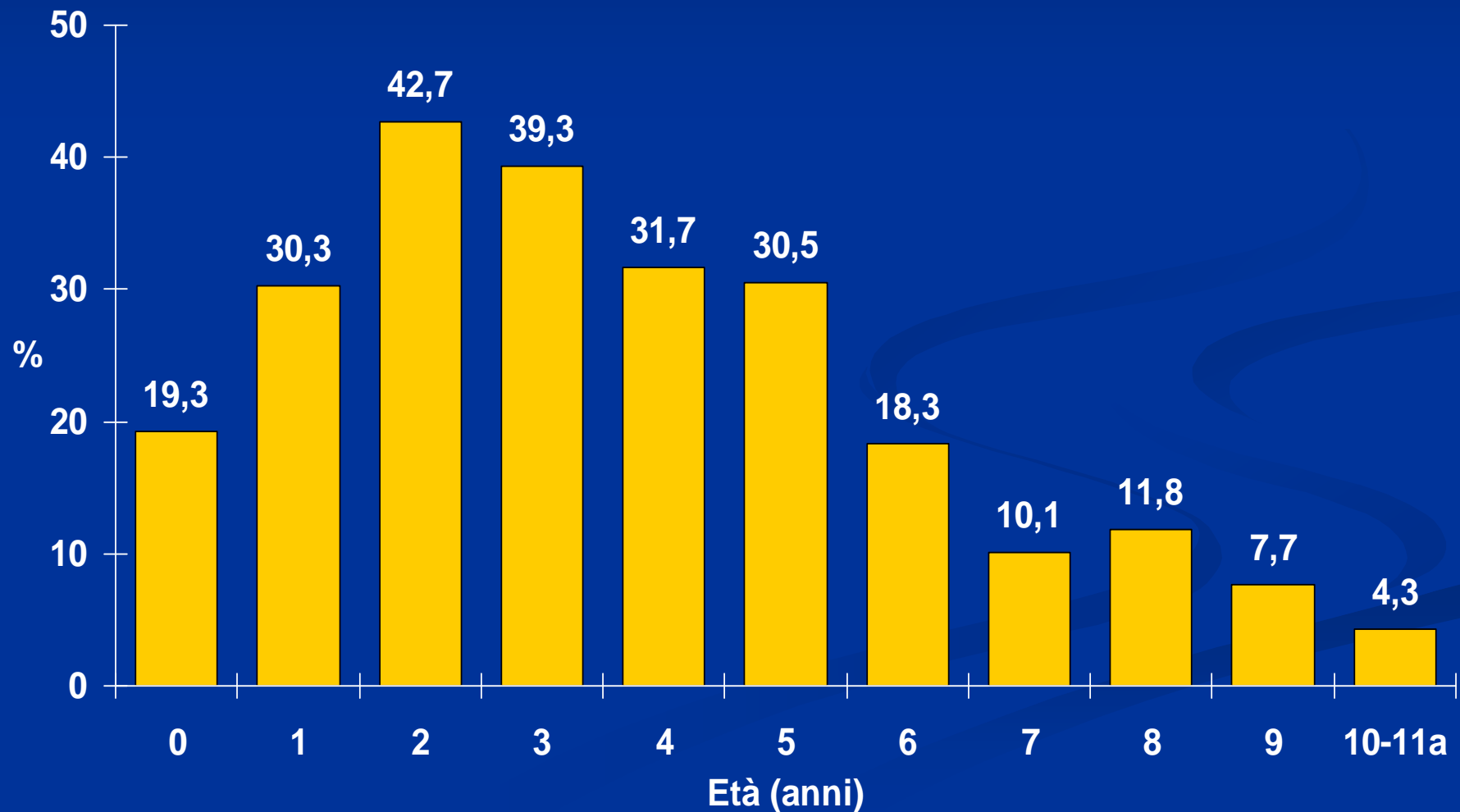
❖ **REACTIVE** cosleeping:

- Fattori culturali (tipico delle società occidentali)
- Tipicamente legato a “problemi di sonno”

☞ **N.B.:** in genere iniziato verso la fine del primo anno di vita (appunto, in risposta a “problemi di sonno del bambino”)

Bambini che cambiano letto durante la notte (part-night cosleepers):

(da: G. Rapisardi - XXIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPEDIATRIA Viterbo 8-10 ottobre 1998)



Perché si dorme insieme ai bambini?

3. Occasional cosleeping:

- Situazioni contingenti (malattie del bambino, temporali, cambio di casa, ecc)

Cosleeping: i pro

- ! Chi pratica l'”intentional cosleeping” (frequent all-night) ha minori risvegli notturni e meno problemi di sonno (motivi culturali e ideologici)
- ! Il bedsharing è stato associato con aumentate competenze cognitive a 6 anni e con nessun problema di sonno o di identità sessuale o altre conseguenze problematiche a 6 e a 18 anni.
- ! Nelle società che lo praticano i bambini raggiungono più velocemente un'autonomia sociale (es. Sami norvegesi, africani, ecc.)
- ! Facilita l'allattamento al seno (la durata notturna aumenta più del doppio nelle madri che lo praticano)
- ! È meno frequente nelle sottopopolazioni psichiatriche
- ? Potrebbe prevenire la SIDS

Cosleeping: i contro

- ! Aumenta il rischio di SIDS o di soffocamento (in precise categorie)
- ! Problemi di sonno (PS)
 - Il cosleeping appare più frequente nei bambini con PS vs quelli senza¹
 - ☞ N.B.: nei “Part-night” o “reactive” cosleepers
 - I PS sono collegati al cosleeping solo nelle famiglie bianche (Cleveland)² o nelle famiglie nere di ceto sociale alto
- ? Ritarda il raggiungimento dell'autonomia nel bambino
- ? Il bimbo può assistere ai rapporti sessuali dei genitori e viverla come un'esperienza traumatizzante

[1] “Persistence of sleep disturbances in preschool children” Kataria S, Swanson MS, Trevathan GE. *J Pediatr.* 1987 Apr;110(4):642-6.

“Cosleeping and sleep problems in Hispanic-American urban young children” FF Schachter, ML Fuchs, PE Bijur and RK Stone, *Pediatrics* 1989 vol.84(3), 522-530

[2] “Cosleeping in urban families with young children in the United States” B Lozoff, AW Wolf and NS Davis. *Pediatrics* 1984 vol.74(2), 171-182



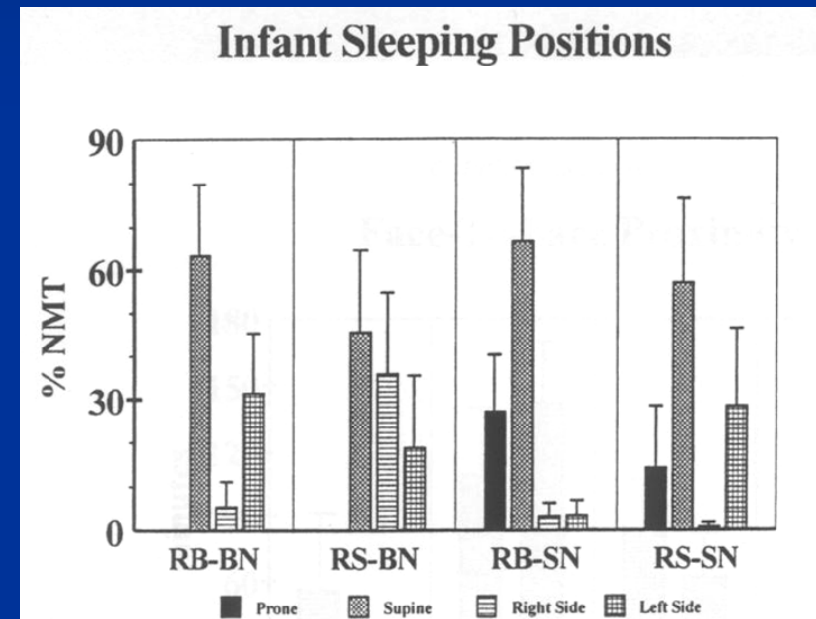
“Sleeping position, orientation, and proximity in bedsharing infants and mothers”

C. Richard, S.Mosko et al. Sleep 1996

Studio PSG di 12 coppie madre-bambino di etnia Latina, di cui 6 abituati a dormire insieme e 6 da soli: analisi di 2 notti in laboratorio, 1 insieme alla madre e 1 da soli.

1. Durante il cosleeping i bb non erano mai proni

- la posizione prona è uno dei più noti FDR per SIDS in quanto aumenta la durata del sonno totale e in particolare del nonREM, e diminuisce la frequenza e durata degli arousals.



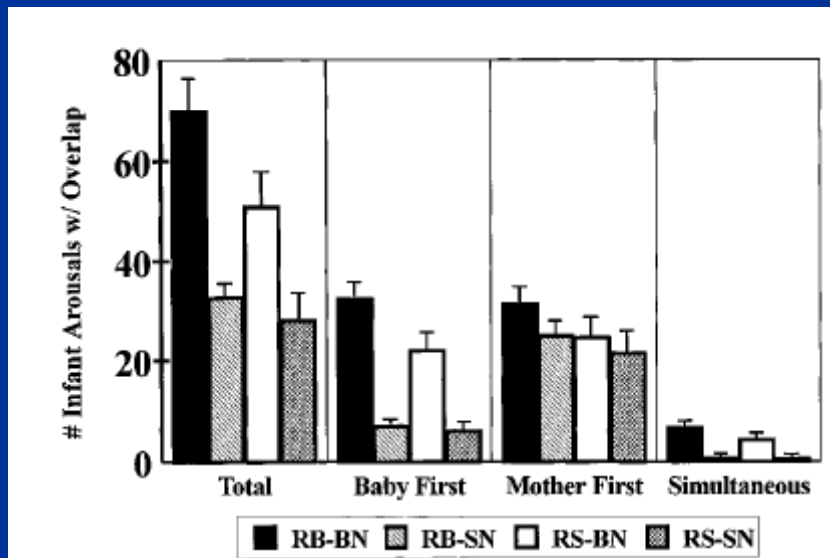
2. La maggior parte del tempo era spesa stando di fronte , in 7/12 bambini per il 100% della notte.

2. Nella maggior parte del tempo trascorso di fronte, la distanza era minore di 30 cm. E di questi una buona quota < 20 cm.

PATTERN POLISONNOGRAFICI DEI CO-SLEEPERS

(S. Mosko, C. Richard, J McKenna Pediatrics 1997)

- 1) **Significative differenze col sonno solitario**
- 2) **Il cosleeping aumenta gli arousal brevi e lunghi negli stadi 3-4 non REM**
- 3) **Esiste una sovrapposizione degli arousals materni ed infantili in percentuale doppia rispetto al sonno solitario e per lo più a partenza dal bambino**
- 4) **Gli arousal simultanei sono presenti solo nel sonno condiviso**



• I bambini cosleepers, posti a dormire soli, hanno una maggior percentuale di sonno quieto, meno arousals in sonno attivo e minor risvegliabilità

(secondo Hunsley e Thoman questo è un segnale che il cosleeping è stressante)

P.S. Studio actigrafico

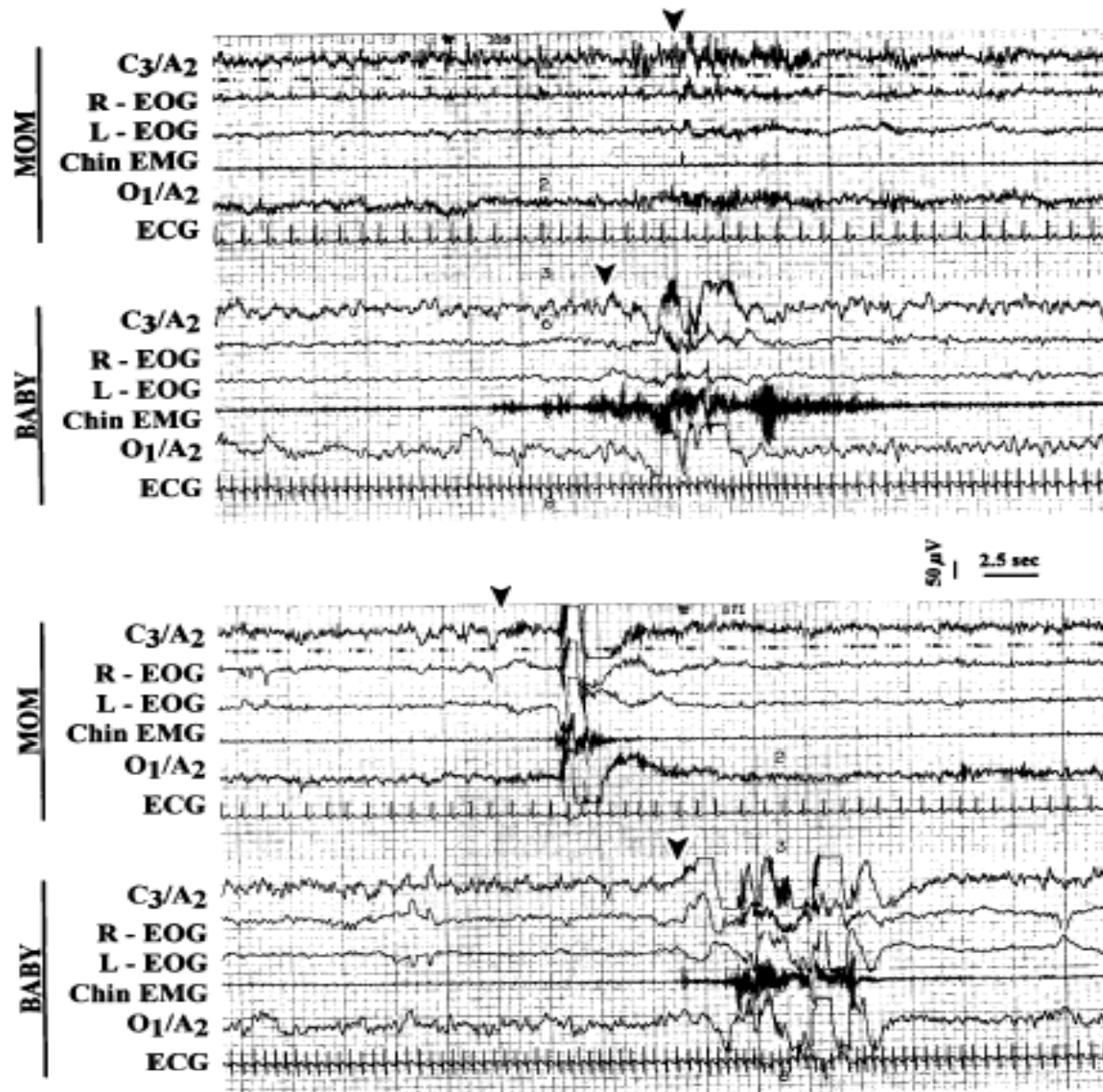


Fig 3. Example polysomnographic tracings of overlapping transient arousals in one RB mother-infant pair. Arrows indicate arousal onsets. Top: TA in infant preceding TA in mother, both in stage 1-2 sleep. Bottom: TA in mother preceding TA in infant, both in stage REM sleep. The respiratory channels have been removed from the tracings.

Arousal infantile che precede il materno (entrambi in sonno 1-2 nonREM)

Arousal infantile che segue il materno (entrambi in sonno REM)

E la
mamma?

Sonno in gravidanza e nel postpartum

- Nella gravidanza e nel 1° mese del postpartum è dimostrato un aumento dei risvegli
- Diminuzione del sonno 2 NREM nel postpartum; relazione fra i risvegli materni e i movimenti del bambino messo a dormire vicino (max. dopo 2 second)
- Breve sonno 3-4 NREM con intrusioni di onde alfa

Cosleeping: i contro

- ! Aumenta il rischio di SIDS o di soffocamento (in precise categorie)
- ! Problemi di sonno (PS)
 - Il cosleeping appare più frequente nei bambini con PS vs quelli senza¹
 - ☞ N.B.: nei “Part-night” o “reactive” cosleepers
 - I PS sono collegati al cosleeping solo nelle famiglie bianche (Cleveland)² o nelle famiglie nere di ceto sociale alto

SIDS

= Sudden Infant Death Syndrome

- Definizione:

“La morte improvvisa di un lattante che è inattesa in base alla storia clinica e in cui un attento esame autoptico non riesce a dimostrare un’adeguata causa di morte”

- È cosa diversa dal “soffocamento” o “schiacciamento” accidentale

*Beckwith JB. Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome.
In: Bergman AB, Beckwith JB, Ray CG, eds. Proceedings of the second international conference on causes of sudden deaths in infants. Seattle: University of Washington Press, 1970:14-22.*

SIDS

EVIDENZE SCIENTIFICHE: il ruolo del deficit di arousal

<i>Vittime di SIDS</i>	<i>BB con ALTE</i>	<i>Fratelli di vittime SIDS</i>
Meno movimenti in sonno	Meno movimenti in sonno	Meno movimenti in sonno e durante le apnee ostruttive
Difficilmente risvegliabili	Meno frequenti risvegli spontanei	
	Ridotta risposta arousal all'ipossia	Ridotta risposta arousal all'ipossia

EVIDENZE SCIENTIFICHE: il ruolo del deficit di arousal

...e altri
ancora...

3. Kahn A, Groswasser J, Rebuffat E, et al. Sleep and cardiorespiratory characteristics of infant victims of sudden infant death: a prospective case-control study. *Sleep*. 1992;15:287-292
4. Einspieler C, Widder J, Holzer A, Kenner T. The predictive value of behavioral risk factors for sudden infant death. *Early Human Dev*. 1988; 18:101-109
5. Einspieler C, Prechtel 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
6. Kahn A, Picard E, Blum D. Auditory arousal thresholds of normal and near-miss SIDS infants. *Dev Med Child Neurol*. 1986;28:299-302
7. Challamel M-J, Revol M, Leszezynski M-C, Debilly G. Organisation nycthemerale des etats de vigilance chez le nourrisson normal et le nourrisson dit "rechappe d'un syndrome de mort subite." *EEG Neurophysiol*. 1981;11:28-36
8. Coons S, Guilleminault C. Motility and arousals in near miss sudden infant death syndrome. *J Pediatr*. 1985;107:728-732
9. Harper RM, Leake B, Hoffman H, et al. Periodicity of sleep states is altered in infants at risk for the sudden infant death syndrome. *Science*. 1981;213:1030-1032
10. Hoppenbrouwers T, Hodgman J, Arakawa K, Sterman MB. Polysomnographic sleep and waking states are similar in subsequent siblings of SIDS and control infants during the first six months of life. *Sleep*. 1989;12:265-276
11. 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
12. Hoppenbrouwers T, Hodgman JE, Cabal L. Obstructive apnea, associated patterns of movement, heart rate, and oxygenation in infants at low and increased risk for SIDS. *Pediatr Pulmonol*. 1993;15:1-12
13. McCulloch K, Brouillette RT, Guzetta AJ, Hunt CE. Arousal responses in near-miss sudden infant death syndrome and in normal infants. *J Pediatr*. 1982;101:911-917
14. Dunne KP, Fox GPP, O'Regan M, Mathews TG. Arousal responses in babies at risk of sudden infant death syndrome at different postnatal ages. *Irish Med J*. 1992;85:19-22
15. Hunt CE. Impaired arousal from sleep: relationship to sudden infant death syndrome. *J Perinatol*. 1989;9:184-187
16. Hunt CE. Abnormal hypercarbic and hypoxic sleep arousal responses in near-miss SIDS infants. *Pediatr Res*. 1981;15:1462-1464

SIDS

EVIDENZE SCIENTIFICHE: i fattori di rischio

↓ rischio	Ruolo incerto	↑ rischio
Posizione supina	Allattamento al seno	Posizione prona
Room-sharing	Obesità materna	Fumo materno in gravidanza
	Età < 11 settimane	Uso improprio di coperte, cuscini e materasso morbido
		Cosleeping con genitore molto stanco, alcoolizzato o drogato
		Cosleeping con madre fumatrice
		Cosleeping o sonno solitario su divani o poltrone
		Cosleeping con adulti ≠ dal caregiver (o altri bambini)

“Recommendations for safe sleeping environments for infants and children” Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS) Paediatrics & Child Health 2004; 9(9), 659-663

SIDS

EVIDENZE SCIENTIFICHE: i fattori di rischio

↑ rischio		Perchè'?
Posizione prona	→	Riduce gli arousal (sonno più profondo)
Fumo materno in gravidanza	→	Ipoplasia del nucleo arcuato del tronco (30%): alterati i sistemi di chemiocezione e controllo vagale
Uso improprio di coperte, cuscini e materasso morbido	→	Ipossia (situazione trigger)
Cosleeping con genitore molto stanco, alcoolizzato o drogato	→	Riduzione degli arousal del genitore
Cosleeping con madre fumatrice	→	Ipossia (situazione trigger)
Cosleeping o sonno solitario su divani o poltrone	→	Ipossia (situazione trigger)
Cosleeping con adulti ≠ dal caregiver (o altri bambini)	→	Non hanno l'aumento dei risvegli tipico del postpartum e non sono sintonizzati psicobiologicamente con il bambino! (es. balie del rinascimento fiorentino)

Dunque:

SIDS

=

Deficit di
arousal

+

Situazione
trigger

Cosleeping: i contro

- ! Aumenta il rischio di SIDS o di soffocamento (in precise categorie)
- ! Problemi di sonno (PS)

Cosa si intende per “PROBLEMI DI SONNO”:

1. Rituali di addormentamento: accudimento di tipo *prossimale*
2. Risvegli notturni frequenti
3. “Bedtime struggles” (capricci all’ora di andare a letto)
4. Orari variabili di addormentamento e risveglio
5. Necessità dell’intervento dei genitori per riaddormentarsi
6. Cosleeping (????)(Richman)

DI CHI è il problema?

- Le società tradizionali (non industrializzate) considerano normali i punti 1,2,4,5,6 e per loro i figli non hanno problemi (es. neri di Cleveland, Giapponesi, Sami, ecc.)
- Il cosleeping “reattivo” (solitamente part-night) inizia per risolvere un “problema di sonno”, dunque non può essere esso stesso considerato un “problema di sonno”!
- I genitori spesso non conoscono il sonno fisiologico del bambino e si aspettano un pattern da adulto (ruolo del medico di famiglia)
- Spesso i bb con PS sono figli di madri ansiose-depresse (che hanno a loro volta problemi di sonno!)



Chi è nato
prima?

Credenze popolari del popolo Thai sull'igiene del sonno del bambino:

“allattamento al seno,

Non lasciare il bambino solo durante la notte,

Posizione supina o laterale nel sonno,

E... bedsharing”

(La SIDS era sconosciuta prima della migrazione in Australia)

*“Child rearing and cultural beliefs and practices amongst Thai mothers in Victoria, Australia:
implications for the sudden infant death syndrome.”*

Rice PL, Naksook C. J Paediatr Child Health. 1998 Aug;34(4):320-4.

Il caso Nuova Zelanda

- “The New Zealand cot death study”, uno studio caso-controllo promosso dal Dr. Ed Mitchell condotto dal 1987 al 1990, ha identificato 4 principali FDR per la SIDS: dormire proni, fumo passivo, allattamento artificiale, e **bed sharing**.

Il programma nazionale di prevenzione fu lanciato nel 1991 verso i primi 3 FDR, e il bed sharing fu aggiunto nel 1992 (sulla base delle morti per SIDS di figli di madri fumatrici), ma il consiglio di non condividere il letto ha contrariato molti leaders di gruppi etnici, perchè esso va contro le loro pratiche tradizionali di allevamento dei bambini.

- “Abbiamo pochi dati su quello che il bed sharing significa nei differenti gruppi in Nuova Zelanda” disse in seguito il Dr Mitchell.

*“New Zealand: Campaign falters over bed sharing” News on BMJ
1995;310:8-9 (7 January)*

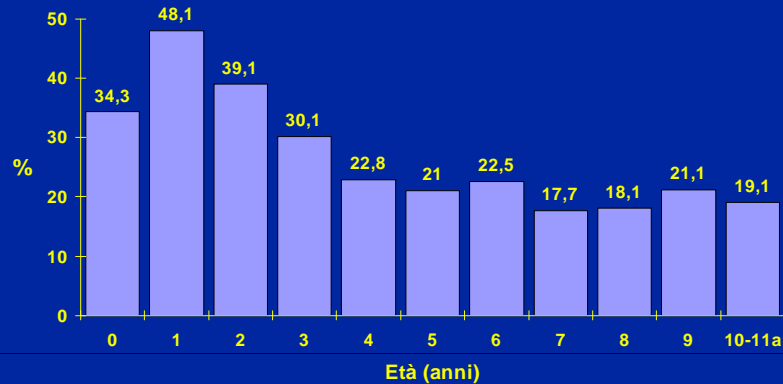
In conclusione...

COSLEEPING SÌ O NO ?

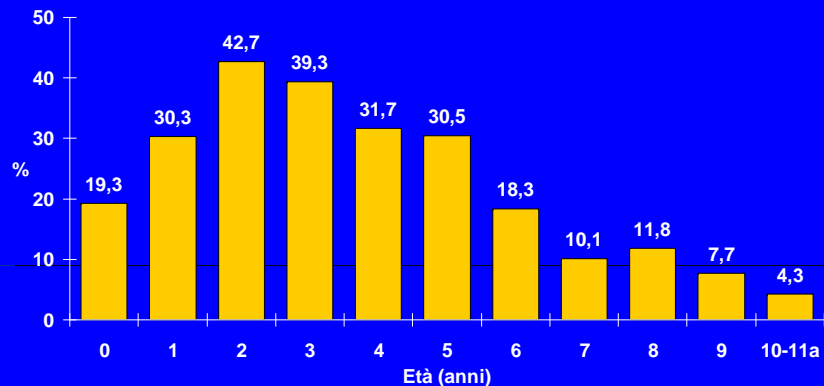
- Coloro che si esprimono su questo argomento si vedono conferire una responsabilità particolare. Essa è incompatibile con delle affermazioni perentorie (che sottendono troppo spesso un'intuizione o una passione). Essa impone un esame rigoroso e critico dei dati di letteratura e una formulazione con delle sfumature.

Quindi:

DISTURBI DEL SONNO



BAMBINI CHE CAMBIANO LETTO DURANTE LA NOTTE



Disturbi del sonno
o sonno disturbato?

In molti casi c'è un fattore
ambientale – culturale –
iatrogeno che genera un
sonno disturbato (non un
problema di sonno!!!!)