

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

I DISTURBI DEL SONNO NELL'ETA' EVOLUTIVA: ORIGINI,
SIGNIFICATO E MANIFESTAZIONE SINTOMATOLOGICA
CORRELATA ALLA PANDEMIA

RELATORE: Prof.ssa Patrizia Arfelli

STUDENTE: Ilaria Paravagna
Matricola 18 D03 028

*Al mio papà che da lassù mi guida e mi protegge
Alla mia mamma che è una forza della natura*

RINGRAZIAMENTI

Il primo grazie è riservato alla Prof.ssa Arfelli che fin dalla prima lezione tenuta mi ha trasmesso passione per la materia trattata e in questo lungo anno di preparazione al conseguimento della laurea, mi ha guidato con attenzione dispensando consigli utili con professionalità e competenza.

Grazie ad Andrea, il mio compagno, per la pazienza e la comprensione avute in questi lunghi tre anni di studi dove ha sopportato silenzi ed assenze, ma con un piccolo gesto mi ha sempre fatto ritrovare il sorriso: sei la mia serenità, sei l'amore della mia vita.

Un ringraziamento a tutta la mia famiglia che mi hanno reso fin da bambina molto indipendente e mi hanno trasmesso i valori dell'impegno e della realizzazione personale, sostenendomi con affetto passo dopo passo in questo lungo percorso.

Grazie ai miei nipoti Diana e Stefano perché vederli crescere e diventare piccoli adulti è davvero meraviglioso, hanno ispirato in me la voglia di intraprendere questo percorso di studi, spero per loro di essere un esempio positivo di dedizione e forza di volontà.

Una dedica speciale alle mie amiche di sempre Violetta e Silvia con le quali ho condiviso molte avventure e momenti di spensieratezza e sono sempre state al mio fianco, soprattutto nei momenti di difficoltà.

Grazie alle mie colleghe di lavoro Simona e Giulia, due esempi per me, due fantastiche donne che sono diventate grandi amiche, punti fermi nella mia vita che mi hanno sostenuto ogni giorno nel mio percorso di studi.

Non posso non citare Irene ed Elisa: senza il vostro esempio e la vostra 'follia' non mi sarei mai imbattuta in questa avventura.

Grazie a Federica la mia fedelissima compagna di studi, insieme abbiamo affrontato molte difficoltà ma fortunatamente anche molti momenti di gioia condivisi, ci siamo

supportare e sopportate, ma soprattutto è nata una splendida amicizia che proseguirà negli anni a venire.

E' d'obbligo un ringraziamento a tutti i miei colleghi di lavoro e ai miei responsabili che mi hanno sempre riservato parole di sostegno e affetto, nonostante il periodo lavorativo molto intenso.

Ultimo ringraziamento a me per la costanza, la caparbia e l'impegno, per non aver mai mollato un attimo nonostante il lavoro a tempo pieno e le fatiche della vita quotidiana: posso dire con orgoglio di essere fiera della persona che sono diventata.

Indice

INTRODUZIONE

PRIMO CAPITOLO

LA RELAZIONE EMOTIVA MADRE-BAMBINO

1.1 L'origine della teoria dell'attaccamento: il pensiero di John Bowlby

1.2 Wilfred Bion e Donald Winnicott

1.2.1. Il concetto bioniano di contenitore-contenuto

1.2.2. La 'madre sufficientemente buona' di Winnicott

1.3 Daniel Stern: la moderna psichiatria psicoanalitica dell'infanzia

1.4 Il concetto di Mentalizzazione di Peter Fonagy

1.5 L'*Infant Observation* di Esther Bick

1.5.1. Le origini dell'osservazione madre-bambino

1.5.2. Le scoperte di Esther Bick

SECONDO CAPITOLO

DISTURBI DEL SONNO

2.1. Il sonno

2.2. Introduzione ai disturbi del sonno

2.3. Patologie dell'addormentamento

2.3.1. Insonnia del primo anno

2.3.2. Difficoltà di addormentamento

2.3.3. Condotte patologiche durante il sonno

2.4. Uno studio empirico: '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.'

TERZO CAPITOLO

IMPATTO DELLE RESTRIZIONI IMPOSTE DALLA PANDEMIA SUL SONNO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI

3.1. La situazione pandemica mondiale

3.2. Cosa è successo ai bambini in questo lungo periodo?

3.3. Le principali ricerche

3.3.1. Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia.

3.3.2. *Sleep of preschoolers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak*

3.3.3. L'impatto del periodo di isolamento legato al Covid-19 nello sviluppo psicologico infantile.

3.3.4. *COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hours Day in Children and Adolescents: Physical activity, Sedentary Behaviour, and Sleep.*

3.3.5. *Severe effects of the COVID-19 confinement on young children's sleep: A longitudinal study identifying risk and protective factors.*

3.3.6 *Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study.*

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

Nella realizzazione del presente lavoro sono stata emotivamente condizionata dalla particolare situazione vissuta dalla popolazione mondiale nell'ultimo anno: la pandemia causata dal virus Covid-19. Le restrizioni necessarie per contenere il diffondersi del virus hanno drasticamente e improvvisamente cambiato la quotidianità di tutti noi provocando, in alcuni casi, impatti significativi sulla salute mentale degli individui. La limitazione della libertà personale, la riorganizzazione della routine quotidiana e le informazioni ricevute dai media, talvolta contrastanti, hanno determinato un'alterazione dell'equilibrio emotivo. A farne le spese sono stati specialmente i bambini che, isolati a casa, hanno passato ore davanti ad uno schermo collegati per le lezioni quotidiane *on-line*, perdendo buona parte della socialità.

Diversi studi che andrò a commentare hanno dimostrato che l'impatto della pandemia sui bambini e adolescenti ha provocato disagi diffusi, tra i quali: aumento dell'irritabilità, disturbi del sonno, inquietudine, depressione e ansia diffusa.

Ho deciso di approfondire in particolare i disturbi del sonno perché mi è capitato di ascoltare, parlando con diverse mamme, racconti di bambini completamente frastornati dal *lockdown*. Oltre a riferirmi di figli particolarmente annoiati, svogliati e nervosi, ho scoperto che buona parte dei genitori segnalava i seguenti sintomi: difficoltà di addormentamento, risvegli notturni o, nel caso di adolescenti, alterazione del ritmo del sonno con tendenza ad andare tardi a dormire e non riuscire a svegliarsi facilmente la mattina. Pertanto ho deciso di ricercare informazioni ed articoli che riportavano tali disturbi e mi sono subito resa conto che non erano esclusivamente racconti isolati, ma un diffuso problema collettivo.

Ho pertanto sfruttato questa argomentazione per capire come poter organizzare la discussione della tesi e ho pensato che sarebbe stato importante analizzare in maniera approfondita i disturbi del sonno e dedicare una sezione alle prime conseguenze della pandemia.

Mi è sembrato altresì importante, al fine di descrivere meglio i disturbi del sonno, capire quali potessero essere i meccanismi interni che potevano generare questo tipo di disagio. Ricordando le nozioni apprese in questi tre anni di studi, ho ritenuto appropriato iniziare a descrivere l'importanza della ricezione di adeguate cure materne che sono alla base dello sviluppo mentale e cognitivo del bambino.

La tesi è articolata in tre capitoli.

Ho dedicato il primo capitolo al ruolo dell'interazione madre-bambino per lo sviluppo delle capacità relazionali e mentali dell'infante. Dagli inizi del '900 tale argomento è stato approfondito da svariati autori, citarli tutti non sarebbe stato possibile, ho cercato pertanto di approfondire i pensieri dei principali conoscitori.

L'esordio dell'elaborato è contrassegnato dal pensiero di John Bowlby che concepì la fondamentale 'teoria dell'attaccamento'. Successivamente vado ad esporre le considerazioni di Wilfred Bion, il quale ideò il concetto di 'madre contenitore', e in seguito la teorizzazione di Donald Winnicott in relazione alla 'madre sufficientemente buona'. Il terzo paragrafo è riservato all'idea di 'sintonizzazione' di Daniel Stern; si deve invece a Peter Fonagy l'identificazione del concetto di 'mentalizzazione' illustrato nel quarto paragrafo, mentre l'ultimo paragrafo è dedicato alle fondamentali scoperte di Esther Bick mediante l'*infant observation*.

Aprirò il secondo capitolo con una panoramica sui principali disturbi del sonno che possono appunto derivare da una difficoltà di incontro relazionale tra madre e bambino; concluderò invece il capitolo con uno studio empirico sui disturbi del sonno della prima infanzia, nel quale gli autori hanno ricercato i fattori di rischio dipendenti dalle cure fornite dal caregiver nello sviluppo emotivo del bambino.

Il terzo ed ultimo capitolo sarà infine dedicato agli effetti del Covid: partendo dai generali effetti sulla privazione del sonno e sul cambio del ritmo sonno-sveglia, ho analizzato diversi studi italiani e mondiali condotti dall'inizio della pandemia, comprovanti la difficile situazione psichica-emotiva dei bambini.

PRIMO CAPITOLO

LA RELAZIONE EMOTIVA MADRE-BAMBINO

1.1. L'origine del concetto di attaccamento: il pensiero di John Bowlby

'Una delle acquisizioni più significative della psichiatria, in questo ultimo quarto di secolo, fu la sempre più viva evidenza dell'importanza vitale che presenta, per l'avvenire della salute mentale, la qualità delle cure prodigate al bambino dai genitori nei primi anni dell'infanzia'.

(J. Bowlby, 1951, p.9)

John Bowlby psicologo, medico e psicoanalista britannico nacque nel 1907 a Londra (Bowlby, 1951). Nel corso della sua vita da ricercatore fu influenzato da diversi fattori che lo portarono a dedicarsi allo studio dell'origine dell'attaccamento: l'osservazione dei bambini in orfanotrofio, lo studio del Premio Nobel Konrad Lorenz sull'osservazione degli anatrocchi e l'analisi del comportamento delle scimmie cresciute in isolamento (Schacter, Gilbert, Nock, Wegner, 2018). Durante i suoi studi ebbe la capacità di raccogliere una quantità significativa di dati empirici che lo portarono alla tesi sulle conseguenze dannose della carenza di cure materne, in particolar modo per quanto concerne la modifica della normale maturazione dei processi affettivi nel bambino, con profonde conseguenze anche sullo sviluppo cognitivo e sociale (Bowlby, 1951).

Egli fu infatti uno dei primi a sostenere che l'individuo nasce predisposto alla relazione interpersonale, ispirato dalla lettura di Lorenz, secondo cui il primo oggetto mobile che l'anatrocco vede si imprime nel suo cervello e rappresenta ciò a cui deve star sempre vicino, da qui la nascita del concetto di *imprinting*. (Schacter, et al., 2018).

Gli studi e in particolare la teoria dell'attaccamento dell'autore hanno un'origine di tipo evolucionistico, in base alla quale l'individuo nasce dotato di un riflesso sociale tradotto nella predisposizione a ricercare e mantenere la vicinanza con la figura di accudimento: tale sistema biologico innato assicura alla specie umana un meccanismo di protezione e acquisizione delle cure necessarie alla sopravvivenza (Bowlby, 1951).

Bowlby sosteneva che inizialmente il bambino lanci segnali a chiunque si trovi vicino abbastanza da poterli ricevere e memorizza chi risponde prontamente a tali segnali; dopo i sei mesi invece i bambini si rivolgono principalmente alla persona che risponde meglio, ossia il '*caregiver* primario' (Schacter, et al., 2018).

E' la ricerca della vicinanza che consente al bambino di regolare e ridurre le emozioni negative come ansia, rabbia e tristezza: questa capacità appresa dal bambino favorisce in età adulta la possibilità di regolare le proprie emozioni e contrastare i momenti stressanti della vita (Lingiardi, Gazzillo 2014).

Secondo Bowlby la formazione dei legami sociali deriva da una dotazione genetica della specie e non è appresa nel corso dell'allattamento, come invece sostenuto originariamente dalla teoria psicoanalitica freudiana (Ammaniti & Stern, 1992). Nella concezione di Freud la mente è organizzata secondo il sistema motivazionale delle pulsioni: il bambino fa riferimento alla madre che ha la funzione di nutrice e gratifica i suoi bisogni orali; infatti la madre è fonte di piacere per il bambino e l'amore del bambino per lei è il risultato di un apprendimento. Secondo Bowlby invece il modello è di tipo relazionale della mente, dove non è primaria la gratificazione orale, ma la qualità dell'accudimento: egli tuttavia mantiene il concetto di pulsione che però non è più un mezzo di gratificazione, ma risulta come una forza che spinge il bambino a ricercare l'interazione con il *caregiver* (Ammaniti, et al., 1992). Il fatto che lo sviluppo della personalità dipenda da esperienze precoci e la sensibilità del *caregiver* sia un fattore causale in grado di determinare e influenzare la qualità delle relazioni oggettuali e dello sviluppo psichico, rispecchiano tuttavia sia i fondamenti della teoria psicoanalitica di Freud sia della teoria dell'attaccamento di Bowlby (Lingiardi, et al., 2014).

Infatti secondo Bowlby è fondamentale che prima il neonato e poi il bambino vengano allevati in un'atmosfera calda, soddisfacente e gioiosa tanto per la mamma quanto per il bambino dove il legame persista costante ed intimo (Bowlby, 1951).

Grazie a questo legame affettivo potranno essere canalizzati e ordinati i sentimenti d'angoscia e di consapevolezza, diversamente lo sviluppo amplificato degli stessi potrebbe caratterizzare l'instabilità della salute mentale (Bowlby, 1951).

Quando la madre non è in grado di fornire le cure e le attenzioni affettive necessarie al bambino oppure si trova separata dal bambino, l'autore parla di 'carezza di cure materne': la totale assenza di quest'ultime può danneggiare definitivamente la capacità di stabilire rapporti affettivi. Se invece le privazioni sono parziali possono

causare forte ansia, potenti desideri di vendetta e un bisogno d'affetto eccessivo che a loro volta potrebbero generare stati depressivi e sensi di colpa (Bowlby, 1951).

Bowlby si riferisce sempre al rapporto con la madre perché è colei alla quale il bambino si rivolge nel momento del dolore, è la persona che lo nutre e lo lava, che gli dà calore e benessere: il padre ha una funzione secondaria che aumenta nel momento in cui il bambino diventa meno sensibile alla carenza delle cure materne. Nonostante ciò la presenza del padre è determinante anche nella prima infanzia perché grazie a lui la donna può dedicarsi completamente alle cure del neonato, ma soprattutto, sostenendo la neomamma con affetto e comprensione, egli genera serenità, armonia e tranquillità all'interno del nucleo familiare (Bowlby, 1951).

Le conseguenze della carenza di cure materne sono state dimostrate da Bowlby mediante tre tipi di osservazioni;

- Studi diretti sulla salute mentale o sullo sviluppo di bambini ricoverati in istituti o in ospedali;
- Studi retrospettivi su adolescenti o adulti affetti da disturbi psichici;
- Osservazioni di gruppi di bambini che avevano sofferto di carenza materna nei primi mesi di vita (Bowlby, 1951).

I più numerosi studi diretti hanno dimostrato chiaramente che l'assenza delle cure materne provoca uno sviluppo ritardato del bambino sul piano fisico, sociale e intellettuale (Bowlby, 1951).

Riassumendo sono due i principali assunti della teoria di Bowlby:

- lo stile di attaccamento dipende dalle cure materne ricevute;
- lo stile di attaccamento influenza la concezione che l'individuo avrà di sé e degli altri (Ammaniti, et al., 1992).

Entrambe le ipotesi sono state dimostrate altresì nell'importante test comportamentale sviluppato dalla psicologa Mary Ainsworth, denominato *Strange Situation*, che si occupa di stabilire la qualità dell'attaccamento tra madre e bambino (Ammaniti, et al., 1992; Ainsworth M.D.S., Blearth M, Waters E., Wall S., 1978). E' una procedura di laboratorio dove mamma e bambino vengono sottoposti a separazione e ricongiungimento e viene valutato il comportamento del bambino durante la separazione e in particolar modo durante la riunione con la madre (Fonagy, 2002).

Grazie a questa procedura sono stati identificati quattro tipi di attaccamento: attaccamento sicuro, attaccamento insicuro-evitante, attaccamento ansioso-ambivalente, attaccamento disorganizzato (Ammaniti, et al., 1992).

I bambini che giocavano ed esploravano tranquillamente a seguito dell'allontanamento della mamma e dopo una breve separazione accoglievano la madre con gioia, erano coloro che ricevevano cure sensibili durante gli episodi di alimentazione e pianto ed erano classificati come sicuri. Nell'attaccamento insicuro-evitante il bambino non dimostrava preoccupazione all'allontanamento della mamma e al rientro cercava di rimproverarla voltandosi o allontanandosi; mentre nell'attaccamento ansioso-ambivalente il piccolo si disperava all'allontanamento della madre e al ritorno cercava la mamma, ma dimostrava anche rabbia e resistenza (Ammaniti, et al., 1992). Il bambino disorganizzato infine aveva un atteggiamento disorientato e si comportava in modo strano: cercava la mamma, poi la allontanava, la picchiava, si bloccava improvvisamente, camminava indietro oppure guardava nel vuoto (Fonagy, 2002).

Mary Ainsworth grazie all'osservazione della diade madre-bambino ha evidenziato il fatto che le madri che rispondono prontamente ai bisogni hanno bambini che sperimentano una modesta ansia, mentre le madri insensibili provocano nei loro figli una preoccupazione nei confronti della disponibilità emotiva della madre (Ammaniti, et al., 1992).

E' ritenuto così importante l'attaccamento perché i primi legami vengono gradualmente internalizzati e le successive esperienze sono integrate in questo contesto di rappresentazioni intrapsichiche, ciò che viene definito come Sé (Ammaniti, et al., 1992).

Nel corso dell'interazione con la mamma, nel bambino si costituiscono i modelli operativi interni (MOI) che rappresentano i modelli di Sé e degli altri che si costruiscono durante le fasi di sviluppo affettivo ed emotivo. I MOI determinano il modo in cui vediamo il mondo e questo dipende da come vediamo noi stessi e come vediamo gli altri; sono strutture che si costruiscono nel tempo sulla base di esperienze di relazione ripetute. Pertanto modelli operativi interni e figure di attaccamento si possono definire complementari (Ammaniti, et al., 1992; Bowlby, 1969).

Bowlby ipotizza che quando un individuo ha ricevuto cure da una figura di attaccamento amorevole ha alte probabilità di costruire un modello operativo interno complementare del Sé come degno di amore e sostegno, e nella crescita acquirerà

fiducia in se stesso; contrariamente, quando il *caregiver* non fornisce un sostegno adeguato (come nelle situazioni di rifiuto da parte dei genitori, minacce di abbandono, malattie o morte dei genitori), l'individuo sviluppa un modello operativo scisso del Sé valutando se stesso come cattivo, così da giustificare la figura di attaccamento che lo rifiuta; l'angoscia da separazione sarà più frequente e farà sentire il bambino in qualche modo responsabile (Ammaniti, et al., 1992; Bowlby, 1980).

Si presuppone che anche un genitore spaventato, probabilmente in seguito alla difficoltà di elaborazione di un proprio trauma, trasmetterà paura al bambino che non riuscirà a dare un senso a quanto gli sta accadendo: tale relazione impedirà al bambino di organizzare le operazioni mentali e i comportamenti di attaccamento adeguati (Ammaniti, et al., 1992).

1.2 Wilfred Bion e Donald Winnicott

1.2.1 Il concetto bioniano di contenitore-contenuto

Wilfred Bion fu un importante psicoanalista britannico che si occupò anche della relazione madre-bambino.

Bion sosteneva che il bambino sopraffatto dagli stimoli avesse bisogno di una mente umana (contenitore) che fosse in grado di accettare, assorbire e trasformare i suoi segnali in esperienze dotate di significato. Infatti secondo il modello bioniano nel bambino sin dai primi attimi di vita si sviluppano elementi *beta*, cioè tutti quegli elementi protosensoriali che egli non riconosce e a cui non riesce a dare un significato, ma che deve evacuare. Tali elementi senza senso per il bambino sono sia stati emotivi sia necessità di cure fisiche che devono venire accolti, elaborati e trasformati dalla madre in elementi *alpha* (Fonagy, 2002). La madre è definita come 'contenitore' in quanto in grado di 'contenere' e 'metabolizzare' gli elementi *beta* trasformandoli in elementi *alpha* dotati di un significato per il bambino; tale capacità della mamma di intervenire e rispondere alle esigenze del bambino in maniera pronta attraverso la traduzione di elementi *beta* in *alpha* fu definita da Bion capacità di *rêverie*. Si tratta di una comunicazione non-verbale derivante dall'interazione visiva ed emotiva in cui il caregiver dovrà essere fisicamente disponibile per il bambino (Fonagy, 2002).

Mediante questa funzione la mamma insegna altresì al bambino che la mente può essere in grado di dare un senso alle cose: il bambino gradualmente comprende che può dar senso ai propri pensieri e mettere in atto la sua funzione *alpha*; tale processo è

fondamentale perché il bambino capisce e apprende che la mente può essere utilizzata.

Il questo modo il bambino si rende conto che può essere compreso e accolto e i propri stati mentali hanno un senso e non sono solo dolorosi e angoscianti (Fonagy, 2002).

Attraverso questi scambi relazionali il bambino impara ad introiettare la funzione materna di *rêverie*: è proprio mediante l'incontro della mente evoluta della madre con quella del bambino che il piccolo svilupperà il proprio pensiero. Grazie alla funzione di *rêverie* la madre è in grado di cogliere il bisogno d'amore del bambino; senza questa capacità il neonato soffre e non sa cosa vuol dire essere amato e potrebbe reagire con problemi motori, reazioni di irritabilità o disordini relativi alla sfera vegetativa (Vallino, 2019).

1.2.2. La 'madre sufficientemente buona' di Winnicott

Donald Winnicott (1896-1971), pediatra e psicoanalista, fu uno degli esponenti di rilievo della psicoanalisi e della psichiatria infantile mondiale (Winnicott, 1987).

L'autore sosteneva che la salute mentale dell'individuo, la forza del carattere e la ricchezza della personalità dell'individuo dipendono da come la madre ha fornito nella crescita al bambino un 'ambiente facilitante', ossia in grado di permettere alle interazioni con l'ambiente e ai processi naturali di crescita del bambino di svilupparsi adeguatamente al modello ereditario dell'individuo: per potenziale ereditario si intende una tendenza all'accrescimento e allo sviluppo (Winnicott, 1987).

Cure materne adeguate, che avvengono nel momento in cui la madre riesce a mettersi nei panni dell'infante e pertanto a rispondere alle esigenze fisiche di quest'ultimo, permettono che l'angoscia del bambino non si manifesti; l'angoscia si traduce in sensazione di andare in pezzi, cadere per sempre, essere senza alcuna relazione con il corpo ed essere senza orientamento (Winnicott, 2013).

Quando una madre è in grado di tenere in braccio l'infante (funzione di *holding*) e di manifestare in questo modo il proprio amore riesce a trasmettere al bambino rapidamente un senso di sicurezza che produce l'istituzione delle prime relazioni oggettuali e delle prime esperienze di gratificazione istintuale, che hanno alla base proprio il modo in cui la madre assiste, tratta e gestisce l'infante (Winnicott, 2013).

Con una pertinente risposta affettiva la madre assolve la funzione di 'rispecchiamento', che corrisponde alla capacità di far fronte al disagio del bambino

mediante tono della voce ed espressione del volto appropriati e rassicuranti (Fonagy, 2002; Winnicott, 1956).

Nel periodo dell'infanzia il bambino non è in grado di capire cosa è buono e cattivo nell'ambiente e di controllarlo, ma grazie all'assistenza materna tutto ciò è possibile e permette al piccolo di vivere e svilupparsi (Winnicott, 2013). L'autore definisce la madre 'sufficientemente buona', ossia in grado di rispondere ai bisogni del proprio figlio nonostante le svariate paure, ansie e preoccupazioni che dovrà affrontare durante la crescita del bambino; pur commettendo inevitabilmente degli errori la madre sarà una figura in grado di trasmettere sicurezza e amore. Una madre 'sufficientemente buona' sarà pertanto una madre che sbaglierà, ma che dagli errori imparerà a migliorare e crescere. (Winnicott, 1987; Fonagy, 2002).

Winnicott individua tre stadi dello sviluppo che si sovrappongono:

- *Holding*: termine traducibile in italiano come sostenere sia in termini di tenere in braccio il bambino, sia sostenere in senso lato. L'autore utilizza l'espressione 'buon seno' intendendo cure parentali e materne soddisfacenti per il bambino; queste comprendono un'adeguata manipolazione e il contenimento del lattante (Winnicott, 1987);
- Madre e infante che vivono insieme;
- Madre, padre e infante che vivono insieme (Winnicott, 2013).

Durante la prima infanzia il bambino dipende completamente dalla madre, si parla infatti di 'rapporto simbiotico' e in questa fase è fondamentale che la madre capisca le esigenze e i bisogni del bambino; durante la crescita la simbiosi si arresta e l'atteggiamento della madre verso il bambino varia perché inconsciamente la madre si rende conto che il bambino ha acquisito nuove capacità tra cui quella di fornirle dei segnali che la guidano a rispondere ai suoi bisogni (Winnicott, 2013).

Quando il bambino passa dall'aver un rapporto di simbiosi con la madre ad una fase di separazione da lei, per l'autore si parla di capacità di 'relazioni oggettuali', ossia dell'acquisizione di un'ulteriore fase dello sviluppo dove il bambino passa dall'aver un rapporto con un oggetto concepito soggettivamente ad un rapporto con un oggetto percepito oggettivamente (Winnicott, 2013).

E' quindi fondamentale per l'autore il buon esito delle cure materne che susciteranno nell'infante la continuità dell'essere e il fondamento della forza dell'io; diversamente non adeguate cure materne genereranno un'interruzione della stabilità dell'essere causando l'indebolimento dell'io (Winnicott, 2013). Una madre

sufficientemente buona sarà pertanto in grado di sostenere l'Io del bambino adattando il proprio Sé ai bisogni del bambino, e andando gradualmente ad allontanarsi quando tali bisogni diminuiranno; senza questo sostegno l'Io del bambino si indebolirà ritardando il processo maturativo (Winnicott, 2013).

E' evidente che la concezione di Winnicott ha portato una grande novità rispetto alla psicoanalisi freudiana: il bambino non vive esclusivamente di istinti e pulsioni ma sono importanti sia i bisogni dell'Io che va formandosi nelle varie fasi della crescita, sia le sensazioni dell'Io come il sentirsi andare in pezzi, disintegrarsi o identificarsi. (Vallino, 2019).

1.3 Daniel Stern: la moderna psichiatria psicoanalitica dell'infanzia

Daniel Stern (1934-2012) è stato uno psicologo e psichiatra statunitense, al quale si riconosce il merito di essere riuscito a colmare il vuoto tra i teorici dello sviluppo e gli psicoanalisti con estremo successo (Fonagy, 2002).

Egli sostenne che per la maturazione del pensiero non è fondamentale l'evoluzione di nuove operazioni mentali ma la creazione di nuovi modelli e concetti del mondo. Tali modelli mentali contribuiscono alla creazione di una struttura dei dati fondamentale per il pensiero, per la percezione, per la comprensione del discorso e per la rappresentazione di credenze e di altri contenuti intenzionali (Fonagy, 2002).

Le sue ricerche sono state focalizzate principalmente sulla costruzione del Sé; egli infatti ipotizza che esistano quattro stadi della formazioni precoce del Sé:

- 0-2 mesi: il senso del Sé emergente, che inizia a formare le proprie connessioni;
- 2-6 mesi: il senso del Sé nucleare basato su un coerente Sé fisico;
- 7-15 mesi: il senso del Sé oggettivo, che emerge con la scoperta di stati mentali soggettivi (intersoggettività);
- Dopo i 15 mesi: il senso del Sé verbale che determinerebbe una nuova identità (Fonagy, 2002).

Grazie agli studi di Stern si è potuto dare una rilevanza alle capacità di autoregolazione e regolazione bambino-*caregiver* degli stati mentali ed affettivi, definiti dallo stesso autore *mondo interpersonale del bambino* (Lingiardi, et al., 2014).

La posizione faccia a faccia e il contatto visivo sono dei comportamenti di attaccamento fondamentali che svolgono un ruolo centrale nella formazione del primo legame tra madre e bambino (Stern, 1998; Rheingold, 1961; Robson, 1967; Moss,

Robson, 1970); tale interazione si osserva a partire dalla sesta settimana di vita e ha un effetto straordinario per la madre che si sente così in relazione con un piccolo che reagisce ai suoi stimoli e la spinge ad incrementare l'interazione con il proprio bambino (Stern, 1998; Wolff, 1963).

Prendendo spunto da tali scoperte Stern ha introdotto il concetto di 'sintonizzazione affettiva', ossia la capacità della madre di entrare in sintonia con il bambino trasformando i contenuti sensoriali-percettivi in aspetti emotivi e affettivi. In questo modo il bambino diventa consapevole dei propri stati affettivi e può conoscere lo stato psichico della madre attraverso un linguaggio non verbale. La sintonizzazione avviene in maniera automatica e inconsapevole quando la madre partecipa allo stato affettivo del bambino in maniera contingente e responsiva: in questo modo il bambino gradualmente potrà divenire consapevole di quel suo stato affettivo. Tale processo rappresenta una funzione essenziale nella condivisione sociale dell'esperienza, soprattutto per ciò che riguarda l'esperienza affettiva e l'acquisizione del senso del Sé (Stern, 1998).

1.4. Il concetto di Mentalizzazione di Peter Fonagy

Peter Fonagy, psicologo e psicoanalista ungherese, è attualmente Direttore del Dipartimento di Psicologia Clinica dell'University College di Londra dove riveste la carica di Freud Memorial Professor of Psychoanalysis (Fonagy, 2002).

Fonagy ha utilizzato il concetto di mentalizzazione per cercare di coniugare teorie psicoanalitiche e teoria dell'attaccamento (Lingiardi, et al., 2014). Mentre la psicoanalisi ha segnalato il concetto di realtà psichica ipotizzando che la fantasia non originasse dalle dirette esperienze personali, i teorici dell'attaccamento, grazie alle ricerche empiriche eseguite, consideravano i modelli operativi interni derivare proprio dalle esperienze interpersonali (Fonagy, 2002; Ammaniti, et al., 1992).

Secondo Fonagy la mentalizzazione è la capacità di percepire gli stati mentali di se stessi e degli altri attraverso un processo che viene definito 'funzione riflessiva del Sé': è pertanto un'attività mentale 'immaginativa' perché non possiamo sapere ciò che gli altri possono pensare o sentire ma dobbiamo immaginarlo. La funzione riflessiva permette ai bambini di concepire le altrui sensazioni, credenze, atteggiamenti, conoscenze e desideri (Fonagy, 2002).

La comprensione del Sé è resa possibile dalle esperienze interpersonali nel contesto delle relazioni oggettuali primarie: lo sviluppo dipende dall'interazione con

le menti più mature che devono essere benigne, rispecchianti, contingenti e sufficientemente sintonizzate. Infatti la mente del bambino si sviluppa nel momento in cui si sente trattato come un agente pensante dal proprio *caregiver*: in questo modo la madre lo aiuta ad attribuire un significato alle esperienze attraverso la traduzione delle esperienze sensoriali in esperienze con senso emotivo ed affettivo (Lingiardi, et al., 2014; Fonagy, P., Target, M. 1997).

'Un attaccamento sicuro permette esplorazioni sempre più approfondite. Il bambino sicuro avrà la possibilità di imparare più cose sull'atteggiamento intenzionale del caregiver e, poiché lo stato mentale del caregiver riflette frequentemente le intenzioni del bambino, avrà la possibilità di imparare di più su come i propri pensieri e sentimenti possano influenzare il comportamento. Una grave deprivazione mina l'acquisizione della mentalizzazione'.

(Fonagy, 2002, pag.99)

L'attaccamento sicuro svolge un ruolo protettivo: la capacità di mentalizzazione si sviluppa nella diade madre-bambino attraverso interazioni reciproche nella relazione, come la capacità di regolare le proprie emozioni; quando invece sarà presente un attaccamento disorganizzato sarà indebolita la capacità di mentalizzazione e sarà predominante una disorganizzazione della struttura del Sé. Nell'eventualità in cui le risposte del *caregiver* siano incongrue e non riflettano in modo accurato l'esperienza del bambino, vedremo un Sé portato verso la frammentazione, disorganizzato perché sarà costretto a riorganizzare i propri stati interni. Si parla di Sé alieno quando il bambino è costretto ad internalizzare rappresentazioni dello stato dei genitori anziché i propri; questi bambini saranno più vulnerabili e più sensibili a traumi successivi. Tuttavia un parziale fallimento del rispecchiamento avviene nella maggior parte dei casi, e il recupero delle parti aliene può avvenire grazie alla capacità di mentalizzazione. (Lingiardi, et al., 2014).

1.5 *L'Infant Observation* di Esther Bick

1.5.1 Le origini dell'osservazione madre-bambino

Esther Bick, psicologa e psicoanalista polacca, fondò insieme a John Bowlby il programma di formazione infantile e adolescenziale presso la Tavistock Clinic a Londra (Vallino, 2019).

A partire dagli anni Settanta ci fu una svolta nella psicologia infantile, e per la prima volta si pensò di osservare il neonato in modo continuato nel tempo da parte di centinaia di osservatori in diversi paesi nel mondo; si fecero strada due scuole di pensiero: l'*infant research* che si basa sulle osservazioni della famiglia e l'*infant observation* che si basa sull'osservazione sperimentale in una situazione predisposta (Vallino, 2019).

L'*infant observation* ha lo scopo di osservare l'evoluzione della relazione reciproca del bambino con la propria madre cogliendo le più piccole sfaccettature e le più sottili espressioni, e per questo rappresenta un metodo innovativo per la psicoanalisi perché riporta al centro l'osservazione, valorizzando i primi momenti relazionali del bambino (Vallino, 2019). In particolare il metodo permette di osservare in modo continuativo e quindi di cogliere schemi di comportamento sia della mamma sia del bambino, proprio perché ripetuti nel tempo (Vallino, 2019; Bick, 1963)

E' importante sottolineare che tale metodo è uno strumento formativo per l'operatore o un giovane psicologo, non rappresenta quindi uno strumento terapeutico (Pontecorvo, 2000).

Nello specifico l'osservazione consiste nel recarsi a casa della mamma circa dopo due settimane dal parto ed osservare una volta la settimana, per uno o due anni, il comportamento della diade mamma-bambino. L'osservatore dovrà poi annotare dettagliatamente quanto accaduto e discutere nel gruppo di studio quanto emerso dalla visita alla famiglia. E' importante che lo psicologo abbia un comportamento distaccato sia per creare lo spazio ideale di osservazione per ciò che avviene, sia per non turbare la madre, imponendole una figura definibile come opprimente (Pontecorvo, 2000). L'osservazione diretta delle prime interazioni tra madre e bambino è determinante per l'analista: tale lavoro comporta un'esperienza emotiva notevole perché non è sufficiente osservare, ma esige un gran lavoro mentale.

Avvicinandosi a tale esperienza è possibile cogliere dettagli che diversamente andrebbero perduti: il terapeuta deve trovare una posizione sufficientemente distaccata che non crei disagio alla coppia madre-bambino e che crei lo spazio corretto di osservazione. La posizione di osservatore deve essere amichevole e ricettiva, ma non intrusiva: l'analista deve imparare a sopportare la proiezione di una notevole quantità d'angoscia e non farsi coinvolgere troppo consolando o aiutando fisicamente la madre; la mamma non va criticata troppo né approvata in tutto (Pontecorvo, 2000).

L'*infant observation* permette di cogliere non solo gli aspetti verbali della relazione madre-bambino, ma anche i particolari del comportamento del lattante. Durante i primi sei mesi l'osservazione permette di capire in che modo iniziano a formarsi le prime relazioni oggettuali, attraverso il rapporto tra le parti non integrate del bambino e certe parti della madre (Vallino, 2019).

Questo tipo di osservazione permette di apprendere più facilmente gli aspetti più vulnerabili della personalità degli altri, per esempio quanto è difficile per la madre vivere con qualcuno così indifeso come il neonato nelle prime settimane di vita: i piccoli d'uomo, a differenza di altre specie animali, alla nascita sono in grado di fare pochissimo in relazione ai propri malesseri, e per calmare le proprie angosce necessitano di un aiuto esterno (Vallino, 2019). Questa impotenza del bambino susciterà nella neomamma una ricerca costante di dover far qualcosa, come offrirgli il seno, tenerlo in braccio o dargli un gioco in modo da arrestare la sofferenza: in realtà così facendo la mamma trasmette al bambino attenzione esagerata e proiezione d'angoscia non assimilata, ponendo il bambino in una situazione dove non distingue le proprie emozioni da quelle della madre (Pontecorvo, 2000). La sofferenza verrà gradualmente placata via via che il bambino crescerà e inizierà a comportarsi adeguatamente, l'ansia della madre diminuirà e avrà più tempo per comprendere le esigenze del lattante (Pontecorvo, 2000). Tuttavia l'angoscia e la sofferenza diminuiranno non solo con lo svolgimento della soddisfazione dei bisogni corporei, ma anche conseguentemente all'affetto, all'amore e al contatto sociale costante (Vallino, 2019).

Il processo di sintonizzazione madre-bambino richiede molto tempo; lo psicologo si rende conto durante l'osservazione che nessun aiuto esterno può essere fornito per accelerare tale processo che deve rimanere istintivo, spontaneo e naturale (Pontecorvo, 2000).

Durante l'osservazione è possibile notare i diversi tipi di temperamento dei bambini: taluni riescono autonomamente a contenere la propria angoscia, mentre altri sono capaci di trasmettere i loro bisogni e riconoscenza alla mamma; tuttavia si presentano anche dei bambini con un temperamento difficile, sempre scontenti ed esigenti, che fin dalla nascita richiedono attenzioni illimitate (Pontecorvo, 2000).

1.5.2. Le scoperte di Esther Bick

Esther Bick considera il concetto di holding materno di Winnicott come la prima comunicazione tra madre e neonato, ma suggerisce una più complessa nozione, dove non solo il corpo ma anche lo sguardo e la voce sono determinanti per la relazione. Le osservazioni dell'*infant observation* avvicinano l'autrice alla concezione bioniana di proto-comunicazione del neonato, che avviene quando la mamma libera il neonato dalle angosce che egli ha proiettato su di lei, aumentando così la serenità e diminuendo l'angoscia del bambino. Grazie alla teoria di Bion e alle osservazioni di Bick si può pertanto far risalire la possibilità di comunicazione del bambino con la mamma già dai primi mesi di vita e non successivamente ai sei mesi come sostenuto da Winnicott (Vallino, 2019).

Secondo l'autrice quando il neonato non trova un oggetto 'sufficientemente contenitore', e quindi non può iniziare l'introiezione, viene impedito il suo sviluppo mentale normale: l'angoscia di non integrazione viene superata con le fantasie di identificazione proiettiva, in cui l'aggressività svolge un ruolo chiave (Vallino, 2019).

Uno dei principali contributi dell'autrice che ideò l'*infant observation* fu la scoperta che una madre fredda provoca nel bambino non soltanto una sofferenza a livello psichico, con angoscia e irrequietudine, ma anche a livello somatico, potendosi infatti rilevare la presenza di tremori, starnuti, raffreddore costante, eczemi, diarrea, singhiozzo ecc. (Vallino, 2019).

Secondo Bick l'angoscia di separazione del bambino dalla mamma risale alla vita intrauterina dove c'è assenza di gravità; quando il bambino invece viene messo al mondo sperimenta il senso di caduta se non ben tenuto dalle braccia materne. Questo meccanismo rappresenta una questione di sopravvivenza: grazie alla mamma che ben saldo terrà il lattante, egli potrà aggrapparsi e liberarsi dall'angoscia terrificante di precipitare. L'angoscia del bambino viene placata quando la mamma è vicina oppure quando è circondato dalle braccia della madre, infatti il bambino viene calmato quando la mamma lo tocca oppure quando lo abbraccia (Vallino, 2019).

Esther Bick utilizza per prima il termine di 'deprivazione infantile': tale evenienza si presenta quando non avviene un contenimento materno, e il bambino strutturerà delle difese quando la madre non è in grado di prestargli una mente e le cure necessarie a consolarlo. Il segreto fondamentale della diade madre-bambino che l'*infant observation* ha rivelato è la funzionalità della coppia, ossia una buona

capacità del bambino di richiamare e la parallela capacità della madre di rispondere tempestivamente e affettuosamente (Vallino, 2019).

SECONDO CAPITOLO

DISTURBI DEL SONNO

Dopo aver approfondito nel corso del primo capitolo le principali teorie relative all'attaccamento proposte dagli studiosi più influenti, analizzando l'esclusiva relazione che si instaura tra la diade madre-bambino, vado ad illustrare nel secondo capitolo le problematiche connesse al sonno che possono sorgere nei bambini nelle diverse fasi dell'età evolutiva.

Ho pensato di strutturare il secondo capitolo introducendo un primo paragrafo descrivendo l'importanza e le caratteristiche principali del sonno; successivamente espongo le varie fasi relative alla crescita emotiva e fisiologica dei bambini, le quali influenzano e caratterizzano il loro sonno; nella seconda parte invece affronto nel dettaglio i fondamentali disturbi del sonno e le patologie relative all'addormentamento.

Ho voluto creare un collegamento concreto tra primo e secondo capitolo, riportando nell'ultimo paragrafo un interessante studio empirico condotto dal Prof. Ammaniti, dove si evince la correlazione tra sviluppo di patologie relative al sonno e inadeguatezza di cure materne e attenzioni affettive necessarie allo sviluppo mentale, fisico e sociale del bambino.

2.1. Il sonno

'Oggi possiamo considerare il sonno come un evento che presenta componenti neurofisiologiche e neurochimiche, ma che è dipendente da un organizzatore interno di natura psicologica che risente di vari fattori culturali e ambientali e che viene a integrarsi con gli altri fattori più strettamente neurobiologici'.

(Mancia, pag.3, 1996).

Il sonno è stato a lungo considerato come un fenomeno passivo, tuttavia studi più recenti hanno dimostrato che le ore passate a dormire sono caratterizzate da un'intensa attività cerebrale che coinvolge funzioni corticali più elevate; infatti il sonno è fondamentale per il bambino in quanto influisce sulle funzioni cognitive più importanti (El Shakankiry, 2001).

Analizzare l'importanza e la fisiologia del sonno è fondamentale per comprendere i disturbi del sonno pediatrico. I due principali processi responsabili

della regolazione del sonno e della veglia sono i ritmi circadiani che dettano i periodi di veglia e sonno basati sull'alternanza del chiaro-scuro, e il processo omeostatico che prevede l'accumulo di sonno durante la veglia ed è alleviato dal sonno. I due processi operano separatamente ma sono funzionalmente collegati in quanto la propensione all'addormentamento e al sonno può dipendere dai ritmi circadiani che si integrano con i fattori regolatori del processo omeostatico (Mancia, 1996).

Il sonno è caratterizzato da diversi stati che ne determinano il ritmo e la durata; si alternano due distinte fasi: la fase NREM (*non rapid eye movement*) e la fase REM (*rapid eye movement*). La fase NREM è suddivisa in quattro stadi che si differenziano a seconda della profondità del sonno e della difficoltà di *arousal*; tale ripartizione va a definirsi intorno ai sei mesi di età (El Shakankiry, 2001). Di seguito i diversi stadi ordinati in base all'insorgenza:

- Stadio 1: si manifesta all'inizio del sonno ed è caratterizzata da onde theta, alpha e delta dove diminuisce l'attività corporea e la ricettività; occupa il 2%-5% del sonno totale;
- Stadio 2: caratterizzato da due onde differenti, i complessi K e i fusi del sonno; è considerato l'inizio del sonno vero e proprio dove diminuiscono i movimenti degli occhi, si riduce il tono muscolare, la respirazione e il battito cardiaco;
- Stadio 3-4: caratterizzato da onde delta lente, il corpo si rilassa completamente, il battito cardiaco è lento come il respiro. In questa fase il sonno del bambino è profondo e qualora si provasse a svegliarlo farebbe molta fatica e apparirebbe confuso e disorientato (El Shakankiry, 2001; Kotagal, 2002)

Nella fase REM il movimento degli occhi è rapido, l'elettroencefalogramma evidenzia un'attività simile allo stato di veglia, i muscoli sono immobili e i sogni si ricordano facilmente. Tale fase è considerata il periodo durante il quale il cervello impara dalle esperienze del giorno; durante l'infanzia la fase REM è maggiore (55%) rispetto all'età di 5 anni dove rappresenta il 20%-25% (El Shakankiry, 2001; Anders, Sadeh, Appareddy, 1995; Adair, Bauchner, 1993).

2.2. Introduzione ai disturbi del sonno

'I problemi del sonno nel corso dell'infanzia sono un fenomeno molto frequente: il 20% circa dei bambini di 1-2 anni presenta da 1 a 4 risvegli nell'arco di una notte, mentre il 10% rimane sveglio per più di 20 minuti riuscendo spesso a riaddormentarsi solo nel letto dei genitori'

(Benedetto, 2001, Silvestri, De Domenico e Ciliberto, 1989).

Il sonno rappresenta un fattore fondamentale nello sviluppo e nella crescita del bambino: la regolarità del ciclo del sonno dipende sia da processi fisiologici che da variabili esperienziali, individuali e contestuali. (Benedetto, 2001). E' stato avanzato un modello che prova a spiegare le cause della comparsa e della persistenza dei disturbi del sonno nella prima infanzia, secondo cui tali fenomeni deriverebbero da un contesto interno del bambino come stato biologico, temperamento, fattori maturativi ed evolutivi, e da un contesto esterno della relazione *caregiver*-bambino come personalità, psicopatologia, fantasie, rappresentazioni mentali dei genitori (Ammaniti, 2001; Anders, Goodlin-Jones, Sadeh, 2000; Mangelsdorf, Frosh., 2000; Sadeh, Anders, 1999).

Quando il bambino raggiunge la capacità di regolazione e l'organizzazione temporale del sonno, ossia la capacità di passare facilmente dallo stato di veglia allo stato di sonno e la capacità di mantenere il sonno in modo continuativo in relazione all'età, si considera raggiunta una fase importante dello sviluppo neuro-comportamentale. Generalmente i cambiamenti dell'adattamento fisiologico avvengono nel primo anno di vita del bambino: la regolazione del ritmo sonno-veglia è soggetta a determinati segnali interni quali la fame, l'ansia e il dolore e da segnali ambientali come il ciclo notte-giorno, i rumori dell'ambiente e il cambio di temperatura (Ammaniti, 2001). In questa fase il compito del *caregiver* è delicato e complesso in quanto in modo sensibile e contingente deve accompagnare il bambino nel sonno, spegnendo la luce e attenuando i rumori dell'ambiente prima dell'addormentamento; egli inoltre aiuta l'infante nello sviluppo dei meccanismi autoregolativi in risposta ai suoi segnali interni biologici (Ammaniti, et al., 2008).

La quantità di ore di sonno del bambino è variabile e soggettiva: alla nascita un bambino può dormire dieci ore mentre un altro può dormire ventidue su ventiquattro disponibili, tuttavia tale variabilità va stabilizzandosi verso i sei mesi di età dell'infante, quando le ore di sonno diminuiscono a circa quindici ore per notte (Ammaniti, 2001; Sadeh, Dark, Vohr, 1996; Ferber, 1985; Houzel, 1999).

Successivamente intorno all'anno di vita le ore di sonno diminuiscono ancora, fino alla stabilizzazione intorno ai due anni di età con un totale di undici ore distribuite prevalentemente nella notte (Ammaniti, 2001; Anders, 1979; Houzel, 1999).

Le caratteristiche del sonno sopra descritte derivano da un'immaturità del sistema nervoso infantile; con lo sviluppo della formazione reticolare ascendente, del prosencefalo e del ponte, che determinano la regolazione del sonno REM e delle onde lente, il bambino acquisisce la capacità di regolazione dei ritmi circadiani (Ammaniti, 2001; Ferber, 1987; Mancina, 1996). Ciò avviene intorno ai sei-nove mesi e permette al bambino, oltre ad apprendere l'acquisizione dei ritmi circadiani, di scandire i tempi per i pasti o altri tipi di relazione sociale (Ammaniti, 2001).

Il conseguimento di tale modifica neuro-comportamentale determina un cambiamento dell'interazione affettiva e sociale e una diversa stimolazione cognitiva, responsabili del collegamento dello sviluppo del ciclo sonno-veglia con il sistema di *caregiving* (Ammaniti, 2001; Anders, Goodlin-Jones, Sadeh 2000; Sadeh, Anders, 1999). Lo sviluppo emotivo e comportamentale del bimbo che si concretizza nei primi tre anni di vita non può pertanto essere considerato come un meccanismo intrapsichico isolato, ma il prodotto dell'influenza reciproca tra due o più individui (Ammaniti 2008, et al.; Riva Crugnola, 1999; Trevarthen, 1998; Tronick, 1989).

Le protodissonnie prevalenti nei bambini possono essere classificate in tre grandi gruppi di patologie:

- difficoltà di addormentamento (mettersi a letto);
- difficoltà nel proseguire il sonno (risvegli durante la notte);
- problemi misti di inizio ed interruzione del sonno (Ammaniti, 2001).

E' comunque difficile stabilire effettivamente il fenomeno dei disturbi del sonno dei primi di anni di vita principalmente perché compaiono in un momento denso di cambiamenti dove le turbe transitorie del sonno sono frequenti, ma spesso anche perché tali dati vengono forniti dai genitori e quindi non sono completamente attendibili (Ammaniti, 2001).

2.3. Patologie dell'addormentamento

I bambini tendono a svegliarsi più volte durante la notte perché fisiologicamente hanno un numero di cicli del sonno più elevato: quando non si riaddormentano in

maniera autonoma e necessitano dell'aiuto dei genitori si instaura l'organizzazione di un'insonnia (Guidetti, 2016)

2.3.1. Insonnia del primo anno

Il momento dell'addormentamento rappresenta un'occasione di fondamentale interazione tra mamma e bambino, dove il piccolo viene accudito, cullato e coccolato tra le braccia della mamma; all'incirca attorno ai nove mesi di vita del bambino, tali interattive abitudini via via subiscono un'attenuazione ed è per questo motivo che possono sorgere i primi problemi del sonno (Ammaniti, 2001; Ferber 1987; Sadeh, Anders, 1993).

Nel bambino in questa fase evolutiva l'ansia di separazione dal *caregiver* diventa molto intensa, conseguentemente il momento di andare a dormire può determinare nel piccolo la paura di separarsi dal *caregiver*. Nei bambini si possono riscontrare problemi nel riaddormentarsi anche quando il risveglio avviene durante la notte, generalmente ciò accade perché il bambino avvia gli stessi pattern di conforto e rassicurazione richiesti all'inizio della notte (Ammaniti, 2001).

Nel primo anno di età del bambino si possono riscontrare frequentemente episodi relativi a due tipi di insonnia: l'insonnia comune e l'insonnia precoce severa (Marcelli, 2009).

L'*insonnia comune* generalmente è riconducibile ad una difficoltà precoce di interazione tra madre e bambino e può presentarsi con un eccesso d'alimentazione, rigidità degli orari dei pasti e cattivo isolamento acustico; diminuisce quando migliorano o scompaiono le situazioni che l'avevano generata (Marcelli, 2009).

L'*insonnia precoce severa o patologica* invece può manifestarsi in maniera diversa rispetto all'insonnia comune:

- insonnia agitata: è caratterizzata dal pianto continuo del bimbo, il quale non smette di urlare e agitarsi, talvolta possono anche essere presenti movimenti ritmati, dondolamenti e condotte autoaggressive;
- insonnia calma: il bambino rimane immobile nel letto in silenzio con gli occhi spalancati sia durante il giorno sia durante la notte (Marcelli, 2009, Di Cagno, Ravetto, Rigardetto, 1982).

L'insonnia patologica può considerarsi un evento raro ma esprime un chiaro elemento di disturbo nella vita del bambino e della madre. Rappresenta una manifestazione di angoscia violenta spesso associata ad ansia della madre negli ultimi

mesi di gravidanza, ansia da separazione dal bambino o ansia di morte prematura sua o del bambino stesso. Tale disturbo tende a diminuire quando inizia la deambulazione (Di Cagno, et al., 1982)

2.3.2. Difficoltà addormentamento

Le difficoltà di addormentamento fanno parte di quei disturbi meno gravi che caratterizzano lo sviluppo normale del bambino tra i 2 e i 5-6 anni (Marcelli, 2009).

Possiamo descrivere di seguito le principali forme di difficoltà di addormentamento:

- *Opposizione andare a letto* → quando il bambino grida nel momento in cui viene portato a dormire, si dimena e piange disperato finché non crolla nel sonno;
- *Rituali nell'andare a letto* → manifestazioni ossessive del bambino quali volere il proprio gioco, la solita storia raccontata o qualsiasi altro oggetto sistemato sempre nello stesso modo. Generalmente sono più frequenti tra i 3 e i 5-6 anni;
- *Fobia nell'andare a letto* → compare generalmente verso i 2-3 anni successivamente alla comparsa dei primi incubi e il bambino è preso dal panico quando sente che sta per addormentarsi e ricerca la mano dei genitori, oppure vuole addormentarsi nel letto con i genitori;
- *Vera insonnia* → patologia che compare nel bambino grande o nell'adolescente ed è molto rara, il più delle volte sopraggiunge in una crisi di angoscia interna e può anticipare la comparsa di un episodio psicotico acuto;
- *Fenomeni ipnagogici* → si verificano al momento dell'addormentamento e si manifestano con scariche elettriche o sensazioni uditive e visive come animali o personaggi: essendo così angoscianti possono provocare il risveglio o causare altre difficoltà dell'addormentamento (Marcelli, 2009). I bambini spesso piangono disperati e sono talmente terrorizzati da tali fenomeni che si rifiutano di dormire nel proprio letto e cercano la presenza dei genitori (Guidetti, 2016). Comunemente è riscontrato tra i 6 e i 15 anni (Marcelli, 2009).

2.3.3. Condotte patologiche durante il sonno

Tali disturbi si differenziano dai precedenti citati perché la loro caratteristica principale è rappresentata da un risveglio incompleto: i comportamenti possono esseri diversi, dal sedersi sul letto a parlare o dalla presenza di un pianto disperato, fino ad attività violente (Guidetti, 2016).

Il *Pavor nocturnus* o terrore notturno è un attacco allucinatorio che dura da 1 a 15 minuti e spaventa molto i genitori perché il bambino si ‘sveglia’ durante il sonno e inizia ad agitarsi, spesso si siede nel letto ed inizia a parlare in modo sconnesso; tali manifestazioni sono generalmente accompagnate da fattori fisiologici quali tachicardia, sudorazione, vampate cutanee ecc. Il *pavor nocturnus* compare nelle prime ore del sonno ma il bambino non è sveglio, infatti al risveglio non si ricorderà di quanto accaduto. Non si tratta di una patologia grave, infatti non necessita di alcun trattamento specifico, passerà spontaneamente con la crescita (Ammaniti, 2001).

Il *sogno d’angoscia* può comparire intorno ai due anni d’età e si manifesta generalmente all’inizio della notte con il risveglio del bambino il quale chiede aiuto e piange disperato. Solitamente è un disturbo banale che scompare in maniera autonoma, quando invece si ripete ogni notte e dura oltre il periodo edipico può indicare un’organizzazione nevrotica o psicotica (Marcelli, 2009).

Il *sonnambulismo* compare all’inizio della notte ed è caratterizzato dal fatto che il bambino si alza e cammina per un periodo che varia dai 10 ai 30 minuti, dopodiché ritorna a letto oppure lascia che qualcuno lo rimetta a dormire. Generalmente si tratta di un fattore ereditato da uno dei due genitori, e rappresenta un sintomo più frequente nei maschi in un’età compresa tra i 7 e i 12 anni. Nella forma più lieve il bambino ha diversi episodi durante il mese e semplicemente cerca di alzarsi, nella forma più acuta invece, che rappresenta l’1-6%, si tratta un ‘sonnambulismo a rischio’ dove i risvegli sono più frequenti e pericolosi perché si riscontrano episodi di defenestrazione (De Villard, 1980; Marcelli, 2009).

Un’ulteriore variante è il ‘sonnambulismo terrore’ che rappresenta la forma più grave del disturbo, poiché a esso è associato un comportamento aggressivo del bambino quando si prova a trattenerlo e fenomeni di deambulazione e manifestazioni di terrore. (De Villard, 1980; Marcelli, 2009).

Gli *automatismi motori del sonno* rappresentano un fattore di disturbo per tutta la famiglia, ma in realtà nel bambino non causano alcun disturbo del sonno.

Generalmente si possono manifestare con rotazione della testa a destra e sinistra

oppure con il dondolamento di una gamba o del ginocchio, compaiono a metà della notte, si ripetono tre o quattro volte e durano pochi secondi. Essendo di grande intensità possono causare molto rumore e provocare lo spostamento del letto nella camera. Fortunatamente nella maggior parte dei casi la scomparsa è spontanea e si riscontra a partire dai 3-4 anni di età (Marcelli, 2009).

2.4. Uno studio empirico: ‘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.’

Come anticipato in apertura di capitolo mi sono imbattuta in questo interessante studio condotto dal Prof. Ammaniti che evidenzia empiricamente una correlazione tra stili interattivi disfunzionali, effetti depressivi materni e l’insorgenza nel bambino di problematiche relative al sonno. Mi è sembrato importante, per le ricerche condotte sull’argomento nel presente elaborato, inserire tale studio a questo punto dello scritto, creando così una congiunzione tra le evidenze riportate nel primo capitolo, le quali avevano come argomento primario la relazione emotiva tra bambino e *caregiver*, e quanto descritto in questa seconda parte della tesi, nella quale ho riportato le principali protodissonnie.

Il campione rappresentativo preso in esame nel presente studio è costituito da 50 coppie di madri e bambini: i primi 25 soggetti contraddistinguono il gruppo con problemi di sonno, mentre i restanti 25 individui rappresentano il gruppo di controllo.

I bambini hanno una età compresa tra i 18 e i 36 mesi, l’età delle madri è invece compresa tra i 24 e i 48 anni: i bambini non presentano anomalie nello sviluppo psicomotorio per l’età in corso e le famiglie hanno un’ estrazione socio-culturale medio-alta. Il campione è stato sottoposto alle seguenti valutazioni: un primo questionario fornito alle madri, comprensivo di 65 domande, è relativo alla salute generale del bambino, mentre un secondo questionario è volto ad individuare le condizioni del sonno del bambino. Un’ultima valutazione ha infine lo scopo di valutare: il profilo psicologico delle madri, l’interazione madre-bambino al momento dell’addormentamento, durante i risvegli notturni e il funzionamento globale

comportamentale-emotivo del bambino (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, Petrocchi, 2008).

A seguito dell'analisi dei risultati è emerso un primo significativo dato relativo al fatto che i bambini con disturbi del sonno hanno madri con un *distress* emotivo elevato dove sono presenti anche sintomi depressivi: il *distress* emotivo deriva da particolari stati emotivi di preoccupazione, di inadeguatezza e bisogno di controllo; i bambini a loro volta presentano difficile regolazione degli stati interni e dei comportamenti (Ammaniti, et. al., 2008).

Un secondo risultato significativo è stato fornito dall'inusuale modo di agire della madre nel momento in cui deve mettere a letto il piccolo: nello specifico è stato riscontrato che in alcuni casi la mamma fa addormentare il bimbo in un luogo diverso dal lettino (divano o passeggino) oppure porta il bimbo direttamente nel letto dei genitori (*co-sleeping*). Tali comportamenti impediscono l'interazione con il bambino: l'assenza del fondamentale accudimento primario ostacola lo sviluppo di *pattern* autoregolativi al momento dell'addormentamento e nei risvegli notturni, che possono essere associati alla presenza di disturbi del sonno nell'infanzia (Ammaniti, et. al., 2008).

In conclusione possiamo evidenziare che l'analisi in oggetto ha mostrato che i disturbi del sonno possono derivare dalla presenza di diversi fattori quali la relazione di *caregiving* madre-bambino collegata ai *pattern* interattivi di addormentamento, il funzionamento emotivo-adattivo del bambino e il profilo psicologico materno (Ammaniti, et. al., 2008).

Dato lo studio empirico appena commentato, possiamo pertanto riepilogare l'origine dei disturbi del sonno negli infanti in due principali condotte dell'adulto:

- quando la modalità di accudimento di una madre non fornisce una risposta adeguata ai bisogni del suo bambino;
- quando è presente un problema di sintonizzazione mamma-bambino, originato dalla figura materna che non riesce a regolare nel piccolo gli effetti della separazione dal *caregiver* (Ammaniti, et. al., 2008).

'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, Ammaniti, et. al., 2008, p.33).

TERZO CAPITOLO

IMPATTO DELLE RESTRIZIONI IMPOSTE DALLA PANDEMIA SUL SONNO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI

3.1 La situazione pandemica mondiale

Da marzo 2020 la popolazione mondiale vive una nuova realtà determinata dalla diffusione di un nuovo virus denominato Covid-19, il quale ha sconvolto la vita e le abitudini degli individui in ogni angolo del nostro pianeta. Tutti noi siamo stati coinvolti da tale catastrofe in maniera più o meno grave: anzitutto le numerose persone che hanno perso la vita e le rispettive famiglie che non hanno nemmeno potuto dare un ultimo saluto alla persona cara, oppure chi ha comunque dovuto trascorrere un lungo periodo di ricovero in ospedale. Sono tuttavia numerose le persone che hanno contratto il virus in maniera più lieve, non hanno avuto la necessità di un ricovero, ma in alcuni casi hanno sviluppato ciò che è stato ribattezzato dai medici ‘sindrome Long-COVID’, ossia sintomi persistenti anche diversi mesi dalla guarigione dall’infezione.

Gli operatori sanitari sono stati altresì coinvolti in prima persona per combattere questa spaventosa emergenza sopportando turni estenuanti, e nonostante i continui sforzi hanno visto soffrire e, purtroppo, in alcuni casi morire molte più persone rispetto al consueto. Credo sia importante considerare altresì, tra le maggiori vittime della pandemia, le persone affette da disturbi mentali, coloro che versavano in condizioni economiche svantaggiate e i lavoratori i cui mezzi di sussistenza sono purtroppo mancati.

Eppure gli impatti del coronavirus hanno colpito, oltre le categorie citate, tutta la popolazione sotto diversi aspetti, principalmente per ciò che concerne la dimensione psicologica: l’isolamento sociale, la reclusione in casa, la mancanza di libertà e la situazione di incertezza generale, in alcuni casi, hanno turbato duramente l’equilibrio mentale degli individui. In questo anno e mezzo abbiamo attraversato un primo durissimo periodo di totale reclusione durato da marzo 2020 ad inizio maggio 2020; un periodo estivo dove abbiamo potuto riassaporare per pochi mesi la libertà; un nuovo periodo di restrizioni da ottobre 2020 ad aprile 2021, dove si poteva parzialmente raggiungere il luogo del lavoro e andare a scuola; mentre da maggio

2021 le restrizioni sono state gradualmente ridotte complice il calo dei casi di contagio dal coronavirus, si presume grazie anche all'intensa campagna vaccinale.

Una delle paure più diffuse tra la popolazione è stata sicuramente quella di contrarre il virus o trasmetterlo agli altri senza saperlo: spesso le informazioni trasmesse dai media sono state contrastanti tra di loro, pertanto è possibile che gli individui più fragili o spaventati abbiano maggiormente subito gli effetti della situazione globale. Il fatto di essere isolati a casa, mancando l'interazione sociale per settimane e mesi, accanto all'incapacità di mantenere il nostro stile di vita e la nostra libertà di movimento fisica e mentale, hanno contribuito all'insorgenza, nei soggetti più vulnerabili, di diversi sintomi psicopatologici, tra cui disturbi ossessivo-compulsivi, ansia generalizzata, depressione e fobie.

Nel presente elaborato mi occuperò principalmente di esplorare ciò che riguarda la sfera psicologica ed emotiva dei bambini e degli adolescenti, in particolare analizzerò le conseguenze del *lockdown* sul sonno dei più piccoli.

3.2. Cosa è successo ai bambini in questo lungo periodo?

Come anticipato nel paragrafo precedente le difficoltà maggiormente riscontrate in questi lunghi mesi sono relative all'isolamento e alla mancanza di interazioni sociali, naturalmente anche per i più piccoli tale condizione ha determinato forte stress e preoccupazione.

L'individuo ha un costante bisogno di abitudine che gli permette di contribuire alla propria sicurezza; nel bambino tale bisogno è ancora più accentuato perché gli consente di costruire il proprio sé infantile aiutato dai genitori che hanno il compito di fargli apprendere i ritmi e le relazioni quotidiane. L'identità dei più piccoli si costruisce giorno dopo giorno nel contesto familiare fatto di interazioni con genitori, fratelli, nonni, ma anche semplicemente con il cibo che si mangia e tutto ciò che fa parte della casa (Ammaniti, 2020).

Ad inizio pandemia i genitori non dovevano più andare al lavoro, i bambini non dovevano più recarsi a scuola, pertanto ci si è trovati tutti insieme a casa per tutto il giorno e quindi i ritmi quotidiani hanno dovuto essere riorganizzati. Inoltre è stato necessario spiegare tutto questo: cosa stava accadendo e perché venivano utilizzate mascherine e guanti e perché non si dovevano vedere per un po' di tempo i nonni e gli amici; tutto ciò ha sicuramente creato nelle famiglie un senso di preoccupazione e di precarietà. Per i bambini è stato ancora più difficile, per il riscontro nei genitori di

paura e incertezza: inconsapevolmente mamma e papà hanno trasmesso loro insicurezza e ansia per ciò che stava capitando, andando a creare conseguenze negative sul senso del sé dei bambini (Ammaniti, 2020).

Un'indagine condotta nel 2013 denominata *Post-traumatic Stress in Parents and Youth* relativa al contagio del virus SARS negli USA ha evidenziato che il supporto emotivo da parte dei genitori è un fattore protettivo fondamentale contro l'insorgere di sintomi psicopatologici nei più piccoli durante le pandemie. Nello stesso studio i ricercatori hanno evidenziato che quarantena e distanziamento sociale possono rappresentare causa di insorgenza nei bambini di disturbo post-traumatico da stress (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020).

L'ora del risveglio e l'ora dell'addormentamento hanno rappresentato un motivo di discussione nelle famiglie: non avendo scuola i più grandi rimanevano svegli fino a tardi davanti a *tablet* o videogiochi, mentre i più piccoli volevano restare svegli a guardare la tv con i genitori.

La condizione di estrema vicinanza costante per tutto il giorno, e il fatto di dover condividere gli spazi con gli altri svolgendo ognuno la propria attività, ha determinato nei bambini e negli adolescenti diverse problematiche. Il paradosso era rappresentato dal fatto che in casa ci si riduceva ad una eccessiva vicinanza, mentre uscendo si doveva mantenere sempre di più la distanza sociale. Per gli adolescenti, che vivono una fase della crescita all'insegna di un bisogno costante di indipendenza fisica e psicologica dai genitori, tale situazione ha rappresentato una sensazione di soffocamento; mentre per i più piccoli è avvenuto esattamente il contrario, la ricerca del contatto fisico con il genitore è aumentata, soprattutto nel momento dell'addormentamento (Ammaniti, 2020).

I malesseri riscontrati nei bambini durante il primo *lockdown* erano riconducibili principalmente al fatto che i loro ritmi quotidiani erano stati stravolti: non andavano più a scuola, non vedevano più gli amici e i nonni, non partecipavano alle attività ludiche del dopo scuola e fundamentalmente non uscivano più perché il mondo esterno era diventato pericoloso. Tutto questo, sommato all'atmosfera familiare, generava nei più piccoli un forte stress che non riuscivano a sfogare nella loro vivacità motoria e nelle loro attività quotidiane e rimaneva pertanto intrappolato nel loro corpo (Ammaniti, 2020).

Una delle più grandi difficoltà riscontrate durante questo periodo è stata relativa al sonno: nei bambini, quando scende il buio, crescono paura e apprensione, poiché

essi sono convinti che l'oscurità sia abitata da creature spaventose o da ladri che possono minacciare la loro vita. In questo periodo si è creato un meccanismo denominato *spill over* (travaso emotivo), dove le tensioni e le preoccupazioni accumulate durante il giorno si trasferivano al momento dell'addormentamento. Il momento di andare a letto rappresenta un passaggio dallo stato di veglia al sonno, nel quale ci si allontana dai genitori e si va verso un mondo sconosciuto ed inquietante: in questo periodo alcuni bambini hanno svelato di essere ossessionati dalle immagini del virus ritratto come una palla rossa appuntita che poteva infettarli durante la notte (Ammaniti, 2020).

Negli adolescenti, privati improvvisamente della propria libertà, della possibilità di esplorare e provare nuove esperienze con gli amici e delle abitudini che scandivano la propria vita, la reclusione ha causato una frattura del proprio sé. Questa situazione ha avuto particolare incidenza sul sonno: la notte è diventata quel momento durante il quale gli adulti dormivano e i ragazzi potevano incontrare virtualmente i propri amici o i propri fidanzati. E' mancato però il contatto fisico, il potersi guardare negli occhi o stringersi la mano, fondamentale in questa fase di crescita che fa sentire tutto più reale (Ammaniti, 2020).

3.3. Le principali ricerche

Di seguito andrò a descrivere alcuni studi condotti da inizio epidemia, riguardanti i principali disagi psicologici riscontrati dalla comparsa del virus. Ho ritenuto interessante non soffermarmi solo su ricerche italiane, analizzando pertanto anche ciò che è capitato ai bambini al di fuori del nostro paese e del nostro continente.

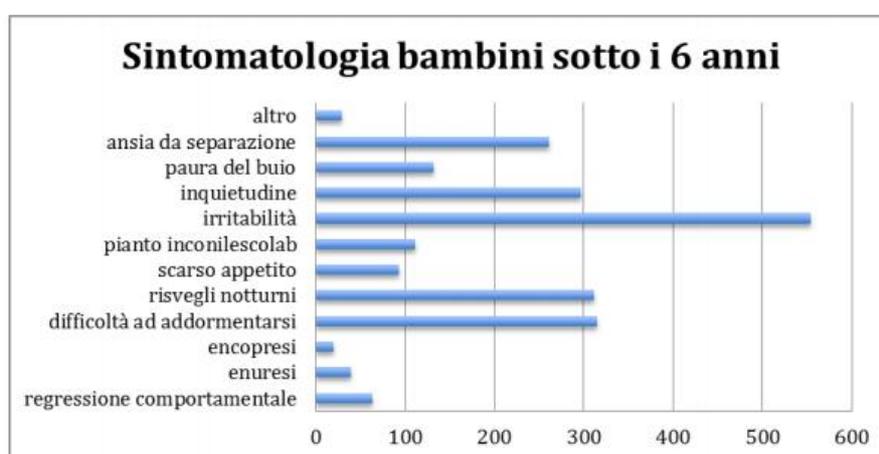
3.3.1. *Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia.*

Uno dei primi studi analizzato è stato condotto dall'Ospedale Pediatrico Gaslini di Genova che ha avviato un sistema di monitoraggio e di supporto alla popolazione pediatrica e alle loro famiglie, con lo scopo di individuare eventuali possibili situazioni di criticità di tipo psichico e comportamentale.

Con l'intenzione di individuare l'impatto della pandemia sullo stato psicologico dei bambini e dei genitori, il team ha eseguito un sondaggio in forma anonima attraverso la piattaforma Google Form a tre settimane di distanza dal *lockdown*, coinvolgendo 6800 soggetti italiani, di cui 3245 hanno dichiarato figli minori di 18

anni (Uccella, De Carli, Nobili, Venturino, D'Apruzzo, De Grandis, Di Porfirio, Cimellaro, Rebora, Pisseri, Fiore, Consulich, 2020).

Il campione individuato è rappresentato per il 64,7% da soggetti di sesso femminile con un'età compresa tra i 40-45 anni: nelle 3251 famiglie con minori a carico è emerso che nel 65% dei bambini con età minore di sei anni e nel 71% dei bambini con età maggiore di sei anni sono comparsi sintomi comportamentali o di regressione (Uccella, et al., 2020). Per i bambini con un'età inferiore ai sei anni sono comparsi prevalentemente disturbi del sonno, aumento dell'irritabilità e disturbi d'ansia, di seguito il dettaglio:



Fonte: Uccella, S., De Carli, F., Nobili, L., Venturino, C., D'Apruzzo, M., De Grandis, E., Di Porfirio, S., Cimellaro, P., Rebora, S., Pisseri, G., Fiore, M., Consulich, K. (2020). [Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia]. Ricerca inedita.

Per quanto riguarda i disturbi del sonno sono stati rilevati maggiormente: paura del buio, risvegli notturni e difficoltà ad addormentarsi.

Per i bambini e gli adolescenti con un'età compresa tra i sei e i diciotto anni invece i disturbi riscontrati prevalentemente sono relativi all'ansia, instabilità emotiva e sensazione di mancanza d'aria. Altra sintomatologia rilevata è connessa ai disturbi del sonno, in particolare a ciò che concerne la difficoltà di addormentamento e la difficoltà al risveglio: in questa fascia d'età è stata osservata una significativa alterazione del ritmo del sonno, nella quale i ragazzi ritardano sempre di più il momento dell'andare a letto e non riescono a svegliarsi la mattina, come se fosse una sorta di *jet lag* (Uccella, et al., 2020).



Fonte: Uccella, S., De Carli, F., Nobili, L., Venturino, C., D'Apruzzo, M., De Grandis, E., Di Porfirio, S., Cimellaro, P., Rebor, S., Pisseri, G., Fiore, M., Consulich, K. (2020). [Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia]. Ricerca inedita

Un altro dato significativo emerso da tale ricerca è rappresentato dal fatto che i disagi dei minori correlavano in maniera statisticamente significativa con il malessere dei genitori, quindi all'aumentare dello stress causato dalla situazione 'Covid' nei genitori aumentavano i disturbi comportamentali e della sfera emotiva nei bambini e negli adolescenti (Uccella, et al., 2020).

3.3.2. *Sleep of preschoolers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak*

Il presente studio, pubblicato nel luglio 2020, rappresenta un'indagine eseguita sui bambini cinesi in età pre-scolare durante il confinamento a casa nel periodo del *lockdown* e fornisce dei primi risultati in merito all'impatto delle restrizioni sulle abitudini relative al sonno e all'addormentamento, mettendo in evidenza l'importanza della relazione tra adeguate cure dei genitori e salute del sonno.

Il campione rappresentativo è formato da 1619 genitori di bambini di un'età compresa tra 4 e 6 anni selezionati tra 11 scuole primarie, a cui è stato sottoposto un questionario denominato *Children's Sleep Habit Questionnaire (CSHQ)* composto da 33 *item* utilizzati per misurare i disturbi del sonno. Tale questionario è utilizzato nei bambini di età compresa tra 4 e 10 anni per misurare prevalentemente l'ora di addormentamento, il momento del risveglio, frequenza e durata del sonno, se il sonno avviene autonomamente o in presenza dei genitori, ancora se il sonno è

prevalentemente notturno o diurno; oltre a ciò rileva informazioni relative all'alimentazione, all'attività fisica, all'uso di dispositivi elettronici e nell'ambito dei rapporti sociali. L'indagine è stata condotta tra il 17 e il 19 febbraio 2020 attraverso la piattaforma *on-line WeChat*, e i risultati sono stati comparati con un precedente studio eseguito nel 2018 (Zhijun, Hui, Qiyun, Guanghau, Zixin, Hongyan, Hongxia, Wenjie, Judith, 2020).

I risultati ottenuti dimostrano che durante in periodo Covid-19 le abitudini dei bambini sono variate significativamente: comparate al 2018, nel periodo della pandemia i bambini si sono recati a letto in settimana 57 minuti dopo e nel *weekend* 30 minuti dopo, mentre il risveglio è ritardato rispettivamente di 1 ora e 52 minuti e 1 ora (Zhijun, et al., 2020). Nel 2018 le ore di sonno erano rispettivamente 9.47 in settimana e 9.88 nel *weekend*, mentre nel periodo del Covid sono aumentate a 10.38; si può inoltre constatare che le ore di sonno pomeridiano sono aumentate a 2.28, mentre prima erano in settimana 1.85 e in assenza di scuola 2.19 (Zhijun, et al., 2020). Si rileva tuttavia che le ore totali di sonno nelle 24 ore non hanno subito una variazione significativa: in precedenza erano 10.92 in settimana e 11.20 nel *weekend*, mentre nel periodo covid si sono assestate a 11.09 (Zhijun, et al., 2020).

| Variables | 2018 sample (n = 436) | | COVID-19 sample (n = 1619) |
|---|-----------------------|--------------|----------------------------|
| | WD (A) | WE (B) | Weekly (C) |
| Bedtime | 21:39 (0:29) | 22:06 (0:48) | 22:36 (0:59) |
| Wake time | 7:07 (0:20) | 7:59 (0:46) | 8:59 (1:06) |
| Nocturnal sleep duration, hr | 9.47 (0.63) | 9.88 (0.78) | 10.38 (1.05) |
| Daytime nap duration (nappers only), hr | 1.85 (0.88) | 2.19 (1.20) | 2.28 (0.92) |
| 24h sleep duration, hr | 10.92 (0.84) | 11.20 (1.15) | 11.09 (1.23) |

Fonte: Zhijun, L., Hui, T., Qiyun, J., Guanghau, W., Zixin, Y., Hongyan, C., Hongxia, Y., Wenjie, R., Judith, O. (2020) [Sleep of preschoolers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak]. Ricerca inedita

Riassumendo possiamo pensare che i bambini confinati a casa hanno dimostrato cambiamenti nelle abitudini legate al sonno, principalmente per quanto concerne il ritardo nell'andare a letto e il risveglio posticipato; ciò suggerisce che significative variazioni nelle vite delle famiglie, anche se riconducibili ad un breve periodo di tempo, hanno potuto determinare sostanziali cambiamenti nel sonno dei bambini (Zhijun, et al., 2020).

Si è potuto inoltre osservare che modificando alcuni comportamenti, come per esempio utilizzando meno i *device* (*smartphone*, *tablet* e *tv*) e regolando le abitudini alimentari, i disturbi relativi al sonno sono diminuiti (Zhijun, et al., 2020).

Inaspettatamente, comparando sempre i risultati ottenuti ai dati del 2018, si può osservare una riduzione dei disturbi dell'addormentamento e del sonnambulismo. Si può pensare che tali comportamenti siano riconducibili ad una maggiore attenzione del *caregiver* nei confronti del bambino, in quanto più presente fisicamente nella vita quotidiana del bambino. Nonostante il periodo stressante e la paura scatenata dall'evento pandemico, il fatto di avere più attenzioni di parte dei genitori ha generato una diminuzione dello stress e di conseguenza un impatto positivo sui disturbi del sonno dei bambini (Zhijun, et al., 2020).

In conclusione la presente ricerca sottolinea l'importanza tra sonno, salute e clima familiare, specialmente nel periodo in cui gli individui si sono dovuti confrontare con i cambiamenti di stile di vita, soprattutto in questo momento dove i problemi sono amplificati dalla pandemia. Inoltre considerato che i disordini del sonno e l'insufficienza del sonno possono rappresentare un fattore di rischio per l'indebolimento del sistema immunitario, provocando aumento della citochina e dell'interleuchina, questa ricerca ha evidenziato pertanto potenziali correlazioni tra resistenza dei bambini all'infezione da Covid-19 e aumento del sonno (Zhijun, et al., 2020, Besedovsky, Lange, Haack, 2019).

3.3.3. *L'impatto del periodo di isolamento legato al Covid-19 sullo sviluppo psicologico infantile.*

Il presente studio è stato condotto ad agosto 2020, successivamente al primo *lockdown*, e rappresenta una delle indagini eseguite in Italia durante il periodo di emergenza sulle conseguenze disadattive emotive e comportamentali dei bambini.

Ogni bambino è differente dagli altri e risponde alle difficoltà in maniera diversa, pertanto le reazioni a questo periodo sono state molteplici. Alcuni hanno reagito con irrequietezza, altri con crisi di rabbia, in altri casi manifestando enuresi notturna; molti genitori hanno riportato problemi nel momento del sonno e dell'addormentamento (Cerniglia, et al., 2020).

La ricerca è stata condotta su 100 famiglie che avevano fatto parte di uno studio longitudinale precedente la pandemia in merito al rischio psicopatologico e all'uso della tecnologia in età evolutiva. Tali famiglie sono state ricontattate attraverso e-mail,

telefono e *social network* per valutare l'effetto della quarantena sul funzionamento emotivo e adattivo dei figli, che al momento della prima valutazione avevano 4, 6, 8 anni mentre in questa indagine avevano in media 10 anni (Cerniglia, et al., 2020).

Nella precedente rilevazione i sintomi si erano dimostrati normali in tutto il periodo dell'osservazione, mentre nel corso della presente indagine tali sintomi sono significativamente aumentati del 24%. I genitori dei figli maschi hanno riportato irrequietezza e oppositività dei loro bambini, mentre i genitori delle femmine hanno riportato tristezza, sintomi somatici e problemi relativi all'alimentazione. Per entrambi i generi, mentre nella prima rilevazione la percentuale di bambini con difficoltà di addormentamento e frequenti disturbi si assestava in media al 5%, durante la quarantena la frequenza riportata dai genitori è salita al 15% (Cerniglia, et al., 2020).

3.3.4. *COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hours Day in Children and Adolescents: Physical activity, Sedentary Behavior, and Sleep.*

L'analisi in oggetto è stata pubblicata il 16 settembre 2020 ed esamina i cambiamenti delle abitudini di vita dei bambini (5-12 anni) e degli adolescenti (13-17 anni) nel periodo delle restrizioni generate dalla pandemia negli Stati Uniti.

Preliminari studi evidenziano una sostanziale diminuzione delle attività sportive, un incremento della sedentarietà con un conseguente peggioramento della qualità del sonno dei bambini e degli adolescenti (Bates, Zieff, Stanford, Moore, Kerr, Hanson, Barone Gibbs, Kline, Stoner, 2020).

Si stima che circa 1,5 milioni di bambini e adolescenti siano passati dal recarsi quotidianamente a scuola a seguire le lezioni *on-line*; tutto ciò ha inevitabilmente modificato le abitudini e i ritmi di vita dei più giovani (Bates, et al., 2020).

Un sonno disturbato è responsabile di una diminuzione dell'attenzione, di un indebolimento del sistema immunitario e di un peggioramento delle performance scolastiche (Bates, et al., 2020; Becker, Gregory, 2020; Paruthi, Brooks, Ambrosio, Hall, Kotagal, Lloyd, Malow, Maski, Nichols, Quan, et al., 2016). Nei ragazzi tra i 5 e i 17 anni sono raccomandate tra le 9 e le 11 ore di sonno senza interruzioni (Bates, et al., 2020; Tremblay, Carson, Chaput, Connor Gorber, Dinh, Duggan, Faulkner, Gray, Gruber, Janson, et al., 2016; a cui si aggiunge uno studio del Governo Australiano: Australian Government (Department of Health) Australian 24-Hour

Movement Guidelines for Children and Young People, 2020). Un sonno insufficiente può incrementare nei bambini e negli adolescenti disturbi cardiaci e metabolici, ansia e umore altalenante, i quali si riscontrano intensificati durante il periodo della pandemia da COVID-19 (Bates, et al., 2020; Paruthi, Brooks, Ambrosio, Hall, Kotagal, Lloyd, Malow, Maski, Nichols, Quan, et al., 2016; Rudnicka, Nightingale, Donin, Sattar, Cook, Whincup, Owen, C, 2017; Jiao, Wang, Liu, Fang, Jiao, Pettobello-Mantovani, Somekh, 2020; Wang, Zhang, Zhao, Zhang, Jiang, 2020).

La miriade di eventi stressanti portati dalla pandemia da COVID-19 ha probabilmente impattato nel ritardo nell'andare a dormire e nello svegliarsi la mattina, tutto ciò ha avuto un'influenza negativa nella salute dei bambini minimizzando la possibilità di svolgere attività fisica soprattutto la mattina alla luce del giorno, modificando i ritmi circadiani (Bates, et al., 2020; Merikanto, Kuula, Lahti, Rääkkönen, Pesonen, 2020; Youngstedt, Kline, Elliott, Zielinski, Devlin, Moore, 2016; Hisler, Twenge, Krizan, 2020; Maume, 2013).

Principalmente è l'ipotalamo che regola i ritmi circadiani del nostro corpo; l'ipotalamo è stimolato quando la nostra retina percepisce la luce: durante le restrizioni causate dalla pandemia c'è stata quindi una diminuzione dell'esposizione al sole, necessaria per la regolazione dei ritmi circadiani (Bates, et al., 2020; Kuehn, 2017; Guerrero, Vanderloo, Rhodes, Faulkner, Moore, Tremblay, 2020; Pietrobelli, Pecoraro, Ferruzzi, Heo, Faith, Zoller, Antoniazzi, Piacentini, Fearnbach, Heymsfield, 2020).

La presente ricerca riporta un'importante campagna informativa promossa dal governo degli USA per ricordare l'importanza della qualità del sonno e delle corrette abitudini del sonno per bambini e adolescenti durante la pandemia. Tale campagna consigliava almeno 60 minuti al giorno di attività fisica all'aperto e durante le lezioni *on-line*, e delle pause ogni ora per alzarsi e distendersi. Mentre per quanto riguarda il sonno fu consigliato ai genitori di eliminare i dispositivi elettronici (tv, *tablet*, *smartphone*) 30 minuti prima della fase di addormentamento dei più piccoli, sostituendo pertanto i *device* per favorire invece un momento di integrazione genitore/bambino, magari raccontando una storia prima della nanna.

Inoltre per facilitare il rilassamento fu consigliata la pratica dello yoga o del metodo *mindfulness*, i quali con l'ausilio di apposite voci guida e musica soft favoriscono l'allontanamento dei brutti pensieri e dell'ansia (Bates, et al., 2020).



Fonte: Bates, L., Zieff, G., Standford, K., Moore, J., Kerr, Z., Hanson, E., Barone Gibbs, B., Kline, C., Stoner, L. (2020). [COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hours day in Children and Adolescents: Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep]

3.3.5. Severe effects of the COVID-19 confinement on young children's sleep: A longitudinal study identifying risk and protective factors.

La presente ricerca è stata condotta attraverso un sondaggio *on-line*, con una prima indagine ad aprile 2020 e con due successive valutazioni di *follow-up* a maggio e giugno 2020. Lo studio in oggetto ha esaminato l'effetto del confinamento obbligato dall'epidemia di COVID-19 sulla qualità del sonno in 452 bambini (0-35 mesi) e 412 bambini in età prescolare (36-71 mesi) provenienti da diversi paesi, principalmente europei. Una diminuzione acuta della qualità del sonno è stata riscontrata in entrambi i gruppi di bambini: è importante sottolineare che il livello di stress del *caregiver* è stato identificato come un fattore di rischio sostanziale che determina una qualità del sonno peggiore in entrambi i gruppi di bambini. I fattori protettivi che preservano la qualità del sonno dei bambini includevano l'impegno del *caregiver* nelle tecniche di cura e sostegno, la presenza di fratelli e animali domestici (Markovic, Muhlematter, Beaugrand, Camos, Kurth, 2021).

I due principali obiettivi di questo studio erano:

- verificare se il confinamento indotto dalla pandemia potesse portare conseguenze gravi e/o persistenti nel sonno dei bambini piccoli;
- identificare i fattori ambientali che potevano determinare i cambiamenti nel comportamento del sonno dei bambini (Markovic, et al., 2021).

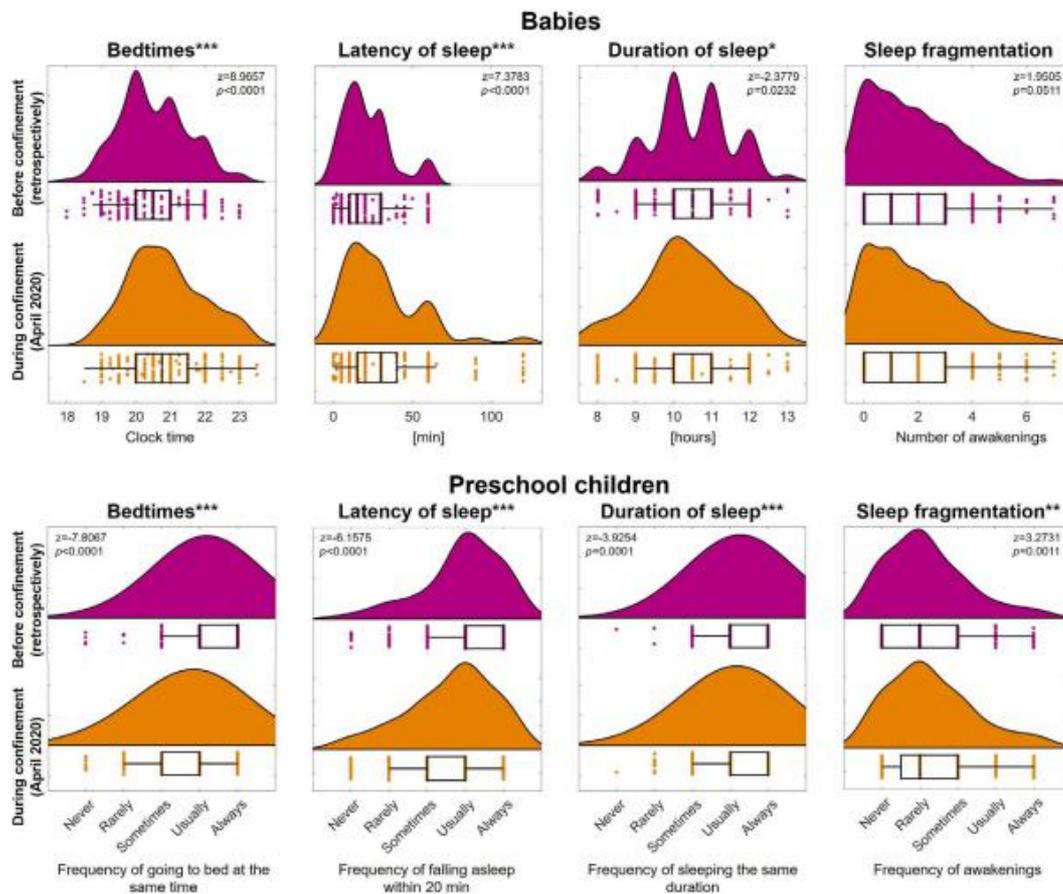
I dati riportati su 864 bambini sono stati raccolti con un sondaggio *on-line* in tedesco, francese, italiano, spagnolo e inglese (Markovic, et al., 2021; Leiner, 2020). Durante la fase acuta del confinamento nell'aprile 2020, 781 *caregiver* primari di bambini, dai neonati (0 mesi) a 71 mesi (cioè 0-5,9 anni), hanno completato

il primo sondaggio. Di questi, 175 hanno partecipato nuovamente alla prima valutazione di *follow-up* nel maggio 2020 e 149 hanno anche partecipato a una seconda valutazione di *follow-up* nel giugno 2020. Il 45% dei *caregiver* ha dichiarato di avere una laurea, il 13% un diploma di istruzione primaria, l'8% un diploma di istruzione secondaria (Markovic, et al., 2021).

Sono stati utilizzati due diversi strumenti di misurazione del sonno suddivisi per le due fasce d'età: i bambini più piccoli (0-35 mesi) sono stati valutati con il questionario breve sul sonno infantile (BISQ) (Markovic, et al., 2021; Sadeh, 2004), mentre i bambini in età prescolare (36-71 mesi) sono stati valutati con il questionario sulle abitudini di sonno dei bambini (Markovic, et al., 2021; Owens, et al., 2000).

Nella presente ricerca sono state considerate le seguenti variabili determinanti per valutare le circostanze generali: età del bambino, sesso, presenza di fratelli o animali domestici, paura del *caregiver* di essere infettato, livello di stress del *caregiver*, cambiamento nelle interazioni sociali del *caregiver* (Markovic, et al., 2021).

Dai primi risultati si è potuto osservare un peggioramento del sonno dei bambini in entrambe le fasce d'età: in particolare, i bambini più piccoli (0-35 mesi) hanno provato una difficoltà di addormentamento, un ritardo nell'andare a dormire e una diminuzione della durata del sonno; si è riscontrata inoltre una tendenza crescente nel numero di risvegli notturni. Allo stesso modo, i bambini in età prescolare (36-71 mesi) hanno sperimentato una riduzione della regolarità del sonno: variabilità dell'orario dell'addormentamento, maggiore instabilità della durata del sonno con un conseguente aumento della durata del sonno, e un incremento dei risvegli notturni (Markovic, et al., 2021).



Fonte: Markovic, A., Muhlematter, C., Beaugrand, M., Camos, V., Kurth, S (2021). [Severe effects of the COVID-19 confinement on young children’s sleep: A longitudinal study identifying risk and protective factors]

Diverse dimensioni del comportamento del sonno nei bambini piccoli sono state associate al cambiamento del livello di stress del *caregiver* primario: rispetto a prima del confinamento, ad aprile i *caregiver* hanno registrato un deciso aumento dello stress. Tale condizione è stata associata ad un ritardo del momento dell’addormentamento, una durata del sonno più breve e un aumento dei risvegli notturni dei loro bambini. Inoltre, i *caregiver* che erano in quarantena (36%) hanno riportato una durata del sonno maggiore dei loro bambini rispetto ai genitori che non erano in quarantena (Markovic, et al., 2021).

Sono stati identificati diversi fattori protettivi per il sonno dei bambini piccoli. Il tempo trascorso dai genitori utilizzando tecniche di *mindfulness* ha avuto effetti benefici sul sonno dei bambini piccoli. I *caregiver* hanno segnalato un leggero aumento del tempo dedicato alla *mindfulness* da 1,76 a 10,04 minuti ad aprile, ma anche il numero di *caregiver* che hanno eseguito strategie di *mindfulness* è aumentato dal 10% al 12%, includendo orari dell’addormentamento più regolari e una diminuzione della durata del sonno (Markovic, et al., 2021).

Il 43% dei *caregiver* ha riferito di avere più di un figlio; la presenza di fratelli ha avuto un effetto positivo sulla qualità del sonno: i bambini in età prescolare con fratelli hanno mostrato più regolarità nell'andare a letto (Markovic, et al., 2021).

Un altro fattore rilevante è stato il tempo trascorso dai genitori con i propri figli (Markovic, et al., 2021). Sorprendentemente, i *caregiver* hanno segnalato una forte diminuzione dei tempi dedicati ai propri figli nel mese di aprile. Tuttavia è stato notato che i partecipanti hanno spesso segnalato difficoltà nello stimare il tempo trascorso nelle diverse attività durante la fase iniziale del confinamento a causa della confusione vissuta in quel periodo. Più tempo dedicato alla cura dei figli è stato associato ad una regolarità del sonno e a una diminuzione dei risvegli notturni nei bambini. Questi risultati indicano una qualità del sonno notevolmente superiore nei bambini dei *caregiver* che hanno trascorso più tempo con i loro figli durante il confinamento (Markovic, et al., 2021).

Il 26% dei genitori ha riferito di avere animali domestici nella propria famiglia: la presenza di animali domestici ha mostrato un effetto positivo sulla qualità del sonno.

La presenza di piccoli animali da accudire è stata associata a una diminuzione dei risvegli notturni nei bambini più piccoli e a una maggiore regolarità del sonno nei bambini in età prescolare (Markovic, et al., 2021).

Il comportamento del sonno cambia durante le varie età dei bambini (Markovic, et al., 2021; Iglowstein, et al., 2003) e varia a seconda del sesso (Markovic, et al., 2021; Plancoulaine, et al., 2015). I bambini più piccoli (0-35 mesi) hanno subito maggiori alterazioni dei ritmi del sonno, come per esempio l'orario dell'addormentamento, una difficoltà maggiore di addormentamento, un aumento dei risvegli notturni e una crescita totale della durata del sonno. Allo stesso modo, i bambini in età prescolare hanno mostrato un'irregolarità nel momento dell'addormentamento e una difficoltà nell'addormentamento meno frequente rispetto ai bambini più piccoli dello stesso gruppo (Markovic, et al., 2021).

Nella presente indagine non sono state riscontrate differenze alla reazione al confinamento tra sesso maschile o femminile; inoltre non si sono rilevati significativi impatti nel sonno dei più piccoli causati dalla paura dell'infezione o dalle restrizioni sociali imposte (Markovic, et al., 2021).

È interessante notare che sono stati riscontrati risultati divergenti nei comportamenti del sonno analizzati durante tutto il confinamento: nel primo *follow-up* di maggio 2020, la difficoltà dell'addormentamento nei bambini più piccoli è

diminuita tornando ai valori precedenti al confinamento. Al contrario, la durata del sonno è ulteriormente diminuita nel periodo successivo e l'ora di andare a letto dei bambini è rimasta invariata nelle valutazioni di *follow-up*; contestualmente il numero di risvegli non ha mostrato cambiamenti significativi tra le due valutazioni (Markovic, et al., 2021).

Nei bambini in età prescolare, l'ora di andare a dormire è diventata più regolare durante tutto il periodo di *follow-up* mentre è stata segnalata più frequentemente la difficoltà di addormentamento, stimata in circa 20 minuti. Al contrario, la regolarità della durata del sonno è rimasta stabile in tutte le valutazioni di *follow-up*, così come i risvegli nel sonno non hanno mostrato variazioni tra le diverse valutazioni (Markovic, et al., 2021).

Per riassumere: questa indagine ha esaminato l'influenza del confinamento da Covid-19 sul sonno dei bambini piccoli, come riportato dai loro principali *caregiver* in un sondaggio *on-line* distribuito a livello internazionale. Un cambiamento importante in risposta al confinamento nell'aprile 2020 ha significativamente impattato la qualità del sonno nei neonati e nei bambini in età prescolare. Tuttavia, durante i due mesi successivi, questo effetto è in gran parte scomparso e la qualità del sonno è tornato alla normalità (Markovic, et al., 2021).

Possiamo considerare lo stress del *caregiver*, provocato dal confinamento, determinante in maniera negativa nel sonno dei bambini; fortunatamente, i fattori che hanno influenzato positivamente il sonno dei bambini includevano le pratiche di *mindfulness* del *caregiver*, il tempo dedicato dai genitori ai bambini e la presenza di fratelli in famiglia (Markovic, et al., 2021).

Il 35% delle madri ha indicato una diminuzione della durata del sonno dei propri bambini: gli autori hanno riferito che l'ansia materna era negativamente legata alla durata del sonno dei bambini (Markovic, et al., 2021). Tuttavia, la diminuzione del sonno notturno osservata dagli autori, nel gruppo di età inferiore ai 3 anni, è allarmante, in quanto questa fascia di età costituisce un periodo di sviluppo altamente vulnerabile che comprende la crescita cerebrale più rapida nel corso della vita (Markovic, et al., 2021; Dekaban & Sadowsky, 1978). È preoccupante che la durata notturna del sonno in questo gruppo sia diminuita di 29 minuti dal periodo precedente il confinamento fino all'ultima valutazione di giugno, considerando che i dati statistici mostrano che la durata notturna del sonno aumenta fino a 3 anni di età (Markovic, et al., 2021; Scholle, et al., 2011). Una costante perdita di mezz'ora di sonno è

considerevole, poiché la National Sleep Foundation (USA) raccomanda una durata del sonno di 14-17 ore all'età di 0-3 mesi, 12-15 ore all'età di 4-11 mesi e 11-14 ore tra 1 e 2 anni (Markovic, et al., 2021; Hirshkowitz, et al., 2015).

Nel corso delle valutazioni, il sonno dei bambini piccoli è ritornato agli stessi livelli riscontrati nel periodo precedente il *lockdown*. Tuttavia, nello studio si sono potuti rilevare diversi aspetti interessanti: ad esempio, l'ora di andare a dormire e la durata del sonno non hanno mostrato alcun miglioramento durante il periodo di confinamento (Markovic, et al., 2021). Una possibile spiegazione di questo risultato è che i comportamenti relativi al sonno (Markovic, et al., 2021; Buysse, 2014) sono fortemente soggettivi e diversi bambini analizzati sono in piena fase di sviluppo fisico e cognitivo. Ad esempio, l'ora di andare a dormire può riflettere le caratteristiche del bambino e del *caregiver* e quindi in qualche modo collegarsi al loro ritmo circadiano, mentre la durata del sonno può essere determinata dal tempo che il soggetto ha trascorso sveglio, riflettendo così il bisogno di sonno accumulato durante la veglia (Markovic, et al., 2021; Skeldon, et al., 2016). Inoltre, è plausibile presumere che siano coinvolti ulteriori fattori contestuali come l'esercizio fisico e l'esposizione alla luce del giorno (Markovic, et al., 2021; Altena, et al., 2020), compreso l'aumento stagionale delle ore diurne, che non sono stati esaminati in questo lavoro. Infine, una dieta regolare allinea i processi metabolici che facilitano il mantenimento di un ritmo quotidiano di fisiologia corporea e rappresentando un altro potenziale fattore che influenza il sonno (Markovic, et al., 2021; Depner, et al., 2018).

Nella presente analisi, a differenza dell'impatto negativo sull'ora di coricarsi e sulla durata del sonno, si è potuto osservare un netto miglioramento di altre variabili del sonno durante il periodo di confinamento, che può riflettere l'adattamento delle famiglie alle nuove circostanze. In alternativa, questo miglioramento può anche riguardare la diminuzione dello stress del *caregiver*, che è stato rilevato come il principale fattore di rischio che influenza il sonno dei bambini piccoli (Markovic, et al., 2021).

3.3.6. *Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study.*

Lo studio in oggetto ha avuto come primo obiettivo di indagare sulla qualità del sonno dei bambini; nello specifico i ricercatori hanno esplorato la variazione

giornaliera della durata e della qualità del sonno dei bambini in età prescolare (Dellagiulia, Lionetti, Fasolo, Verderame, Sperati, Alessandri, 2020). Gli autori hanno ritenuto importante analizzare i disturbi correlati al sonno, in quanto lo scarso sonno può considerarsi un fattore che contribuisce allo sviluppo della psicopatologia nei bambini (Dellagiulia, et al., 2020; Sinha, et al., 2015).

Il sondaggio è stato condotto nelle prime 4 settimane dell'emergenza in Italia: per 30 giorni consecutivi, dal 25 febbraio al 25 marzo, 37 madri di bambini in età prescolare hanno ricevuto un questionario che indagava sulla durata del sonno, sulla qualità del sonno e sulla condotta durante il sonno dei loro piccoli. I *caregiver* due volte al giorno, alle 9:30 e alle 21:45, rispondevano ad alcune domande direttamente dal proprio dispositivo elettronico: il tasso di risposta è stato dell'82% delle risposte totali (Dellagiulia, et al., 2020). Per ottenere le informazioni utili al conseguimento dei risultati sono state raccolte indicazioni fornite dalla madre, indagando sul tempo impiegato all'addormentamento, sul tempo passato a svegliarsi, sulla percezione della madre sulla qualità del sonno del bambino e sulla routine relativa all'addormentamento (Dellagiulia, et al., 2020).

L'età media delle madri era di 38,94 anni (range, 29-49 anni), e per i bambini era di 3,81 anni (3-6 anni; 48,65% femmine); nessun partecipante è stato colpito dal COVID-19 (Dellagiulia, et al., 2020).

I risultati hanno riportato che, dopo la fase iniziale, c'è stata una stabilizzazione della routine e della qualità del sonno che, tuttavia, è rimasta nel complesso di qualità inferiore rispetto ai giorni iniziali, mentre la quantità del tempo passata a dormire è diminuita e poi si è stabilizzata dal primo giorno di studi all'11 marzo (Dellagiulia, et al., 2020). Successivamente, nonostante diverse significative variabili individuali, la situazione si è stabilizzata e non sono stati rilevati cambiamenti (Dellagiulia, et al., 2020).

L'*American Academy of Sleep Medicine* definisce benessere del sonno il risultato di un'adeguata durata, buona qualità e assenza di disturbi (Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al., 2016; Dellagiulia, et al., 2020).

Questi risultati suggeriscono che il COVID-19 ha avuto un impatto precoce sulla qualità del sonno nei bambini e che gli interventi per promuovere il benessere familiare dovrebbero essere programmati fin dall'inizio del periodo di emergenza qualora dovesse ripresentarsi una pandemia (Dellagiulia, et al., 2020).

CONCLUSIONI

Nell'elaborazione del presente scritto ho cercato di fornire un'adeguata panoramica riguardante i disturbi del sonno dei più piccoli partendo dalle origini, descrivendoli accuratamente nel secondo capitolo, fino ad arrivare in conclusione alle implicazioni generate dalla situazione pandemica mondiale.

Come abbiamo visto nel primo capitolo è evidente la fondamentale importanza del ruolo del *caregiver* nella crescita e nello sviluppo del bambino; riscontriamo tale influenza anche nelle ricerche sopra evidenziate: all'incremento del livello di ansia e malessere del genitore generati dal diffondersi del virus, aumentavano i disagi nei bambini. Naturalmente il momento che stiamo vivendo ha portato implicazioni negative nella vita di tutti gli individui: credo sia stato complicato per i genitori cercare di non trasmettere la propria preoccupazione ai più piccoli. Il fatto di nascondere ai bambini ciò che stava capitando però poteva risultare addirittura nocivo per i bambini, determinando nei più piccoli uno stato d'ansia. Sicuramente il metodo adatto era quello di comunicare il più possibile con i bambini e cercare di comprenderne gli stati d'animo e le paure, rassicurandoli e fornendo loro gli strumenti emotivi necessari per affrontare nel migliore dei modi tale situazione.

In tutti gli studi proposti abbiamo potuto riscontrare disagi correlati al sonno nei bambini, nello specifico per quanto riguarda difficoltà di addormentamento, risvegli notturni e risveglio ritardato. Nella maggior parte dei casi tali disturbi si sono riscontrati ad inizio confinamento e sono andati via via scemando quando la famiglia si è assestata ai nuovi ritmi e successivamente al ritorno della vita quotidiana.

Quanto esposto tratta solamente alcune ricerche preliminari: purtroppo ci troviamo nel vivo di questa terribile epidemia e nei prossimi anni mi auspico verranno condotti studi più approfonditi in relazione alla situazione psicologica dei bambini trascinati in un periodo così impegnativo. Purtroppo gli effetti dell'esposizione a tale stress potrebbero manifestarsi anche in futuro, pertanto sarà opportuno proseguire nel monitoraggio dei bambini e degli adolescenti. Credo sia importante investire risorse nell'ambito della ricerca e nello studio di tali effetti nei più piccoli, considerata l'evidente importanza della salute psico-fisica di quest'ultimi.

BIBLIOGRAFIA

Adair RH, Bauchner H. Sleep problems in childhood. *Curr Probl Pediatr.* 1993; 23:147-170.

Ainsworth M.D.S., Blearh M, Waters E., Wall S., (1978), *Patterns of attachment: assessed in the Strange Situation and at home*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ

Ammaniti, M. & Stern, D.N. (1992) (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza: Bari.

Ammaniti, M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti, M., & Lucarelli, L., & Cimino, S., Petrocchi, M. (2008). 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. *Infanzia e adolescenza*, 7, 23-36.

Ammaniti, M. (2020). *E poi, i bambini*. Milano: Solferino.

Anders, T.F. (1979) Night waking in infants during the first year of life. *Pediatrics*, 63, pp. 860-864.

Anders TF, Sadeh A, Appareddy V. Normal sleep in neonates and children. In: Ferber R, Kryger M, editors. *Principles and Practice of Sleep medicine in the Child*. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1995.

Anders, T.F., Goodlin-Jones, B., Sadeh, A. (2000) *Sleep disorders*. In: ZEANA, C.H. (a cura di) *Infant Mental Health Manual*, cit., pp. 326-338

Anders TF, Goodlin-Jones B, Sadeh A (2000), *Sleep disorders*. In CH Zeanah (Eds), *Handbook of Infant Mental Health*. New York-London: Guilford Press.

Becker, S.P.; Gregory, A.M. Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 2020, *61*, 757–759. [CrossRef]

Benedetto, L. (2001). Analisi delle routine familiari e trattamento dei problemi del sonno nell'infanzia: un "parent training". *Mulino-Riviste web*, *3*, 483-495.

Bick, E. (1963). Notes on Infant Observation in psychoanalytic training [intervento tenuto alla Società Britannica di Psicoanalisi nel 1963], *'International Journal of Psycho-Analysis'*, vol. 45, 1964, 558-566; oggi in *The Tavistock Model*, 105-122. It. In il modello Tavistock, pp. 96-112.

Bowlby, J. (1951). *Cure materne e salute mentale del bambino*. Firenze: Giunti Editore S.p.A.

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, 1: Attachment*, Hogarth Press, London (trad. It. *L'attaccamento alla madre*, Borighieri, Torino 1972).

Bowlby, J. (1980), *Attachment and loss, 3: Loss, sadness and depression*, Hogarth Press, London (trad. It. *La perdita della madre*, Borighieri, Torino 1983).

Cerniglia, L., & Cimino, S., & Ammaniti, M. (2020). L'impatto del periodo di isolamento legato al Covid-19 nello sviluppo psicologico infantile. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, Il Mulino - Rivisteweb*, *2*, 187-190.

De Villard R., Dalery J., Maillet J.: Le sonnambulisme de l'enfant. *Neuro. Psych. De l'enf.*, 1980, *28* (4-5), 222-224.

Dellagiulia A, Lionetti F, Fasolo M, Verderame C, Sperati A, Alessandri G. Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study. *J Clin Sleep Med.* 2020;*16*(9):1639–1640.

Depner, C. M., Melanson, E. L., McHill, A. W., & Wright, K. P. (2018). Mistimed food intake and sleep alters 24-hour time-of-day patterns of the human plasma proteome. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *115*, E5390–E5399.

Di Cagno, L., Ravetto, F., Rigardetto, R., (1982) *Neuropsichiatria dell'età evolutiva, i primi anni di vita*. Torino: Edizioni Libreria Cortina.

El Shakankiry, H. (2001). Sleep physiology and sleep disorders in childhood. *Nature and Science of Sleep*, 2011:3, 101-114.

Ferber, R. (1985) *Solve your Child's Sleep Problem*. Simon & Schuster, New York.

Ferber, R. (1987) The sleepless child. In: Guilleminault, C. (a cura di) *Sleep and its Disorders*. Raven Press, New York, pp. 141-164

Fonagy, P., Target, M (1997), 'Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé'. Raffaello Cortina, Milano 2001.

Fonagy, P. (2002). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Guerrero, M.D.; Vanderloo, L.M.; Rhodes, R.E.; Faulkner, G.; Moore, S.A.; Tremblay, M.S. Canadian children's and youth's adherence to the 24-h movement guidelines during the COVID-19 pandemic: A decision tree analysis. *J. Sport Health Sci.* 2020, *9*, 313–321. [CrossRef].

Guidetti, V. (2016). *Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M. et al (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, *1*, 40–43.

Hisler, G.; Twenge, J.M.; Krizan, Z. Associations between screen time and short sleep duration among adolescents varies by media type: Evidence from a cohort study. *Sleep Med.* 2020, 66, 92–102. [CrossRef].

Houzel, D. (1999) Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent. In: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (a cura di) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses Universitaires de France, Quadrige, Paris.

Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111, 302–307.

Jiao, W.Y.; Wang, L.N.; Liu, J.; Fang, S.F.; Jiao, F.Y.; Pettobello-Mantovani, M.; Somekh, E. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J. Pediatr.* 2020, 21, 264. [CrossRef]Children 2020, 7, 138 9 of 9.

Kotagal S. Sleep disturbances. In: Maria BL, editor. *Current Management in Child Neurology*. 2nd ed. London, UK: Decker inc; 2002.

Kuehn, B.M. Resetting the circadian clock might boost metabolic health. *JAMA-J. Am. Med. Assoc.* 2017, 317, 1303–1305. [CrossRef].

Lingiardi V. & Gazzillo F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina editore.

Mancia M., (1996), *Sonno & Sogno*. Roma-Bari: Laterza.

Mangelsdorf, S.C., Frosch, C.A. (2000) Temperament and attachment: One construct or two? In: Reese, H.W. (a cura di) *Advances in Child Development and Behavior*. Academic Press, San Diego, pp. 182-220.

Marcelli, D. (2009). *Psicopatologia del bambino*. Milano: Masson S.p.A.

Maume, D.J. Social Ties and Adolescent Sleep Disruption. *J. Health Soc. Behav.* 2013, 54, 498–515. [CrossRef].

Merikanto, I.; Kuula, L.; Lahti, J.; Rääkkönen, K.; Pesonen, A.-K. Eveningness associates with lower physical activity from pre-to late adolescence. *Sleep Med.* 2020. [CrossRef].

Morrel J, Cortina-Borja M (2002), The developmental change in strategies parent employ to settle young children to sleep and their relationship to infant sleeping problems as assessed by a Questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11, 17-41.

Moss, H.A., Robson, K.S. (1970) The relation between the amount of time infants spent at various states and the development of visual behavior. *Child Dev.*, 41, pp. 509-517.

Paruthi S, Brooks LJ, D’Ambrosio C, et al. Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. *J Clin Sleep Med.* 2016; 12(11):1549–156.

Paruthi, S.; Brooks, L.J.; Ambrosio, C.D.; Hall, W.A.; Kotagal, S.; Lloyd, R.M.; Malow, B.A.; Maski, K.; Nichols, C.; Quan, S.F.; et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J. Clin. Sleep Med.* 2016; 12, 1553–1561. [CrossRef] .

Pietrobelli, A.; Pecoraro, L.; Ferruzzi, A.; Heo, M.; Faith, M.; Zoller, T.; Antoniazzi, F.; Piacentini, G.; Fearnbach, S.N.; Heymsfield, S.B. Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study. *Obesity* 2020. [CrossRef] [PubMed].

Plancoulaine, S., Lioret, S., Regnault, N., Heude, B., & Charles, M.-A. (2015). Gender-specific factors associated with shorter sleep duration at age 3 years. *Journal of Sleep Research*, 24, 610–620.

Pontecorvo, M. (Ed.) (2000). *Esperienze di psicoterapia infantile: Il Modello Tavistock*. Firenze: Psycho.

Robson, K.S. (1967) The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 8, pp.13-25.

Rheingold, H.L. (1961) The effect of environmental stimulation upon sociale and exploratory behaviour in the human infant. In: Foss, B.M. (a cura di) *Determinants of Infant Behaviour*. Wiley, New York.

Riva Crugnola C, (1999) (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.

Rudnicka, A.R.; Nightingale, C.M.; Donin, A.S.; Sattar, N.; Cook, D.G.; Whincup, P.H.; Owen, C.G. Sleep duration and risk of type 2 diabetes. *Pediatrics* 2017, 140, e20170338. [CrossRef].

Sadeh, A., Anders, T.F. (1993) Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14, pp. 17-34.

Sadeh, A., Dark, I., Vohr, B. (1996) Newborns' sleep-wake patterns: The role of maternal, delivery, and infant factors. *Early Human Development*, 5, pp. 311-322.

Sadeh, A., Anders, T.F. (1999) I disturbi del sonno. Tr.it. In: Muratori, F. (a cura di) *La cura della vita mentale e i suoi disturbi*. Edizioni Del Cerro, Pisa.

Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings for an internet sample. *Pediatrics*, 113, e570–e577.

Schacter. D. & Gilbert, D & Nock. M. & Wegner D. (2018). *Psicologia generale*. Bologna: Zanichelli editore S.p.A.

Scholle, S., Beyer, U., Bernhard, M. et al (2011). Normative values of polysomnographic parameters in childhood and adolescence: Quantitative sleep parameters. *Sleep Medicine*, 12, 542–549.

Silvestri, R., De Domenico, P., Ciliberto, R. (1989). I disturbi del sonno nell'infanzia e nell'adolescenza. Milano: Raffaello Cortina.

Sinha S, Jhaveri R, Banga A. Sleep disturbances and behavioral disturbances in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2015;38(4):705–721.

Skeldon, A. C., Derks, G., & Dijk, D.-J. (2016). Modelling changes in sleep timing and duration across the lifespan: Changes in circadian rhythmicity or sleep homeostasis? *Sleep Medicine Reviews*, 28, 96–107.

Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri, 1987.

Stern, D. (1998). Le interazioni madre-bambino. Milano: Raffaello Cortina editore.

Tremblay, M.S.; Carson, V.; Chaput, J.-P.; Connor Gorber, S.; Dinh, T.; Duggan, M.; Faulkner, G.; Gray, C.E.; Gruber, R.; Janson, K.; et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 2016, 41, S311–S327. [CrossRef] [PubMed]

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.

Uccella, S., De Carli, F., Nobili, L., Venturino, C., D'Apruzzo, M., De Grandis, E., Di Porfirio, S., Cimellaro, P., Rebor, S., Pisseri, G., Fiore, M., Consulich, K. (2002). [Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia]. Ricerca inedita.

Vallino, D. (Ed.) (2019). Per non cadere nel vuoto: riscoprire il neonato con Esther Bick. Milano: Mimesis edizioni.

Wang, G.; Zhang, Y.; Zhao, J.; Zhang, J.; Jiang, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 2020, 395, 945–947. [CrossRef].

Winnicott, D.W. (1956), *Playing and reality*. London: Tavistok (trad. It. *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974).

Winnicott, D. (1987). I bambini e le loro madri. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Winnicott, D. (2013). Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando.

Wolff, P.H. (1963) Observation on the early development of smiling. In: Foss, B.M. (a cura di) *Determination of infant Behavior*. Wiley, New York.

Youngstedt, S.D.; Kline, C.E.; Elliott, J.A.; Zielinski, M.R.; Devlin, T.M.; Moore, T.A. Circadian Phase-Shifting Effects of Bright Light, Exercise, and Bright Light + Exercise. *J. Circadian Rhythms* 2016, 14, 2.

SITOGRAFIA

Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavrilloff, D., Holzinger, B., Schlarb, A., Frase, L., Jernelöv, S., & Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*, 29, e13052. <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>.

Australian Government (Department of Health) Australian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Young People (5 to 17 years). Available online: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AC46EFBE3130BC97CA2583D00023E7B0/\\$File/Australian%2024-Hour%20Movement%20Guidelines%20for%20Children%20and%20Young%20People%205-17%20years.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AC46EFBE3130BC97CA2583D00023E7B0/$File/Australian%2024-Hour%20Movement%20Guidelines%20for%20Children%20and%20Young%20People%205-17%20years.pdf) (accessed on 20 July 2020).

Bates, L., Zieff, G., Standford, K., Moore, J., Kerr, Z., Hanson, E., Barone Gibbs, B., Kline, C., Stoner, L. (2020). COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hours day in Children and Adolescents: Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep. *Children* 2020, 7, 138; doi:10.3390/children7090138. www.mdpi.com/journal/children.

Besedovsky, L., Lange, T., & Haack, M. (2019). The sleep-immune cross-talk in health and disease. *Physiological reviews*, 99(3), 1325-1380. <https://doi.org/10.1152/physrev.00010.2018>.

Buysse, D. J. (2014). Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37, 9–17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>.

Dekaban, A. S., & Sadowsky, D. (1978). Changes in brain weights during the span of human life: Relation of brain weights to body heights and body weights. *Annals of Neurology*, 4, 345–356. <https://doi.org/10.1002/ana.410040410>.

Leiner, D. J. (2020). SoSci Survey. (Version 3.2.10) [Computer software]. Available at <https://www.soscisurvey.de>.

Markovic, A., Muhlematter, C., Beaugrand, M., Camos, V., Kurth, S (2021). Severe effects of the COVID-19 confinement on young children's sleep: A longitudinal study identifying risk and protective factors. *J Sleep Res.* 2021;00:e13314. <https://doi.org/10.1111/jsr.13314>.

Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23, 1043–1051. <https://doi.org/10.1093/sleep/23.8.1d>.

Zhijun, L., Hui, T., Qiyun, J., Guanghau, W., Zixin, Y., Hongyan, C, Hongxia, Y., Wenjie, R., Judith, O. (2020). Sleep of preschoolers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. *J Sleep Res.* 2021;30:e13142. <https://doi.org/10.1111/jsr.13142>