

# I trattamenti comportamentali per l'insonnia nel bambino

Maria Luisa Tortorella

Ospedale "Santa Maria dei Battuti" di San Vito al Tagliamento (PN); Gruppo di Studio sui disturbi del sonno, ACP Puglia e Basilicata

## Abstract

### *Behavioral interventions for insomnia in children*

*Behavioural treatments for childhood common sleep disorders, specifically those based on extinction techniques, although empirically validated, are still missing clear evidence; also, they show potential adverse effects still not analyzed by scientific research. We give here an overview upon actual knowledge on this topic, with considerations on their applicability.*

Quaderni acp 2013; 20(6): 268-273

**Key words** Sleep problems. Controlled crying. Behavioural sleep treatments

*I trattamenti comportamentali per i disturbi del sonno nei bambini, in particolare quelli basati sulle tecniche di estinzione, sebbene empiricamente validati, mancano di evidenze inequivocabili; inoltre presentano dei potenziali effetti avversi non ancora approfonditi dalla ricerca scientifica. Diamo qui una panoramica delle attuali conoscenze in merito, con riflessioni sulla loro applicabilità.*

**Parole chiave** Disturbi del sonno. Estinzione graduale. Terapia comportamentale

Il tema dei disturbi di sonno (DS) nei bambini è uno dei più controversi nel panorama della Pediatria moderna e uno dei più sentiti dai genitori occidentali: prova ne è il crescente numero di studi scientifici sulla genesi e il trattamento degli stessi negli ultimi trent'anni, e la proliferazione continua di forum per genitori sull'argomento riscontrabili sul web.

L'articolo prende spunto da una recente intervista rilasciata dal pediatra Eduard Estivill al quotidiano spagnolo *El pais*, in cui ammette che il suo noto metodo per far dormire i bambini non si può applicare al di sotto dei 3 anni perché i ritmi del sonno sono ancora immaturi e perché interferirebbe con la buona riuscita dell'allattamento al seno [1]. Un'affermazione giustamente condivisa già da tempo a livello internazionale riguardo a tutti i protocolli basati sulle tecniche di "estinzione" almeno nei lattanti sotto i 6 mesi [2-3].

Estivill è l'Autore di un fortunato libretto per genitori che servirebbe a insegnare loro un metodo per far dormire il loro piccolo (l'età non ha importanza in questo caso: si può iniziare secondo l'Autore anche appena tornati a casa dopo la nascita) "per tutta la notte", ignorando le sue richieste e i suoi pianti per tempi crescenti (con rigorosa tabella dei minuti da

seguire) fino a che si sia abituato ad addormentarsi da solo [4]. In realtà il metodo esisteva già da una decina d'anni con il termine di "estinzione graduale" (laddove l'estinzione si riferisce al comportamento indesiderato, ossia il richiamo per il risveglio notturno del bambino e il bisogno di addormentarsi in compagnia) e prima ancora era stato diffuso dal pediatra americano R. Ferber fin dal 1985 (prese il nome di "ferberizzazione").

Viene tralasciata la panoramica sulle varie definizioni di "disturbo di sonno" nell'infanzia, su cui ancora oggi si discute. A parte le parasonnie (sonnambulismo, incubi ecc.), le insonnie di origine "medica" (asma, dermatite atopica, dolore cronico), i disturbi respiratori nel sonno e le insonnie in comorbidità con patologie neuropsichiatriche, cosa sia da considerare patologico a riguardo del sonno nel bambino è ancora da scoprire. Ci si riferisce, in questo caso, ai bambini in età prescolare, in particolare da 0 a 3 anni di vita.

In sintesi, nel tempo sono stati considerati patologici aspetti diversi anche comportamentali (tabella 1) che sono entrati a fare parte dei criteri diagnostici delle classificazioni internazionali; esse però stentano a diventare punti di riferimento unanimemente accettati, tant'è vero che in quasi nessuno studio si fa riferimento a tali criteri diagnostici [5].

Uno dei punti chiave è proprio la mancanza del consenso sulla definizione di "caso". Gli ultimi studi sui trattamenti comportamentali assumono come unico criterio quello soggettivo dato dal geni-

**TABELLA 1: ALCUNE DEFINIZIONI DEI DISTURBI DEL SONNO NELLA PRIMA INFANZIA**

Classificazione	Definizione
0-3 R (2005)	Si può fare diagnosi di disturbo del sonno dopo i 12 mesi di età, quando il sonno acquista un'architettura stabile. Comprende: 510: disturbo di inizio del sonno: significativa difficoltà di addormentamento (da almeno quattro settimane, per cinque volte/settimana): - lungo tempo di addormentamento e/o - bisogno dei genitori per addormentarsi 520: disturbo di mantenimento del sonno: significativa difficoltà di riaddormentamento (da almeno quattro settimane, per cinque volte/settimana): - bisogno dei genitori per riaddormentarsi e/o - essere portati nel lettone dei genitori
Richman 1981 [5]	SEVERO disturbo di sonno se da più di tre mesi: si sveglia cinque notti/settimana + uno o più dei seguenti: • svegliarsi tre volte a notte • svegliarsi per > 20 min. durante la notte • andare nel letto dei genitori

Per corrispondenza:  
Maria Luisa Tortorella  
e-mail: ml.tortorella@tiscali.it

il punto su

tore (“nelle ultime due settimane il sonno del suo bambino è stato generalmente un problema per lei?”) [6].

Intanto c'è da considerare che gli studi sui “valori normali” di durata del sonno e il numero di risvegli notturni nei piccoli non sono molti e mostrano una notevole variabilità nel tempo e nello spazio [7-9]. E comunque, come per i percentili auxologici, ogni bambino ha il suo “binario”, influenzato anche dalla genetica, e il suo cronotipo [10].

Va sottolineato, per meglio comprendere la portata del problema, che le incidenze dei DS – termine con cui, per semplificare, si indicano genericamente la difficoltà ad addormentarsi da soli (DA) e i risvegli notturni con richiamo (RN) – sono molto varie nel panorama mondiale, oscillando dallo 0 al 46%, maggiori a carico delle società industrializzate vecchie (USA, Francia, Australia) e nuove (Cina), e, nell'ambito delle società multietniche, nei gruppi di etnia occidentale caucasica.

In questo “background” piuttosto complesso emerge comunque un'idea centrale: laddove il sonno del piccolo (al di là dell'oggettività dei suoi aspetti quali/quantitativi) crei dei problemi percepiti come tali dai genitori (anche a causa della discrepanza tra fisiologia infantile e aspettative socio-culturali), scatta l'incasellamento in categorie patologiche e la ricerca di una conseguente “terapia” per eliminare il disturbo (termine quanto mai appropriato... se si pensa non solo al bambino, spesso inconsapevole, ma alla dinamica familiare) [11].

## Le evidenze

La notizia della “ritrattazione” di Estivill è l'occasione per dare ai lettori un quadro dello stato dell'arte attuale sulle evidenze disponibili in questo ambito.

In merito all'opzione “farmacologica” del trattamento dei disturbi del sonno nell'infanzia, non ci sono ancora farmaci del tutto sicuri e approvati per questa indicazione: pertanto i trattamenti dovrebbero essere riservati ai bambini con insonnia in comorbidità con condizioni neuropsichiatriche, disordini pervasivi dello sviluppo e patologie mediche croniche che interferiscono col sonno; esclusi questi casi, i farmaci, se indispensabili, possono essere usati per brevi periodi (due settimane), in concomitanza

con approcci non farmacologici (igiene del sonno, comportamentali) e comunque sempre dopo una diagnosi formulata da un medico [12]. La melatonina, sebbene considerata “naturale”, non ha a suo conforto studi nei bambini sotto l'anno di vita e dopo l'anno non ha evidenze di efficacia nei DS dei bambini senza comorbidità neuropsichiatriche.

In letteratura esistono revisioni (anche sistematiche) che raggruppano insieme i vari *trattamenti comportamentali*, definendone alcuni come “well-established” (quando in realtà mancano dei criteri di evidenza sufficienti) [13]. Anche a causa della difficoltà a individuare la “popolazione target”, i trial clinici randomizzati sono pochi e con campioni scarsamente numerosi e comunque non dimostranti efficacia duratura oltre i 4 mesi di follow-up [14]. Inoltre, quasi nessuno studio ha preso in considerazione gli outcome di benessere psico-fisico dei bambini (assenza di effetti avversi), né tantomeno le numerose variabili che ne condizionano lo sviluppo dei pattern di sonno (genere, allattamento, modello di attaccamento, temperamento infantile, stile genitoriale, sensibilità materna, presenza paterna), eccezion fatta per la depressione materna.

## Metodi comportamentali per i DS nei bambini

### Estinzione standard (“Cry it out”)

- *Metodo*: lasciar piangere il bambino ininterrottamente finché non crolla addormentato. Variante: con presenza del genitore (detta anche “camping out”): lasciar piangere il bambino tenendolo sempre sotto controllo e rassicurandolo a parole, rimuovendo la presenza del genitore gradualmente.
- *Efficacia*: riduzione RN e DA fino a due mesi di follow-up; veloce raggiungimento dell'effetto (poche notti).
- *Applicabilità*: controindicata sotto i 12 mesi (rischio di SIDS); scarsa compliance nei genitori; risultati minori nei figli di madri depresse; recentemente rigettata per la brutalità del metodo.
- *Problemi*: metodi discutibili che rasentano l'abuso (chiudere la porta a chiave ecc.); frequente effetto “rebound” alla sospensione.
- *Evidenze di efficacia*: dubbie (breve follow-up e scarsa numerosità).

### Estinzione graduale

(“Controlled crying” = metodo Estivill)

– *Metodo*: lasciar piangere il bambino per intervalli di tempo crescenti e strutturati.

*Varianti*:

- *incremental*: aumentare il numero dei minuti di attesa prima dell'intervento del genitore, nei giorni; la più diffusa (metodo Estivill), adottata anche in Italia [15-16];
  - con *minimal check*: comparsa dei genitori per breve controllo a intervalli fissi, per es. ogni 10 minuti (all'inizio più accettata, ma in realtà aumenta i pianti perché rafforza il comportamento che si voleva estinguere);
  - con presenza dei genitori e *minimal check*: il genitore finge di addormentarsi vicino al bambino e ignora il suo pianto, con controlli periodici.
- *Efficacia*: riduzione RN e DA fino a quattro mesi di follow-up; NNT: 8,3 bambini trattati a 7 mesi per averne uno che non ha più DS (riportati) a 10 mesi; considerata come *well-established* solo perché gli RCT erano provenienti da tre gruppi di ricercatori diversi, ma a un'analisi più attenta le evidenze non sembrano sufficienti [17].
- *Applicabilità*: elevata percentuale di abbandono durante il trattamento; minore applicabilità da parte dei genitori dei bambini con attaccamento ansioso-ambivalente (che hanno più DS) [18].
- *Problemi*: assenza di studi che stabiliscano i livelli di stress a cui vanno incontro i bambini ai quali viene applicato il “controlled crying” (CC) e il relativo impatto psico-emotivo sullo sviluppo del bambino; verosimile influenza sullo stile di attaccamento e la gestione dello stress (*box 1* con le osservazioni dell'AAIMHI).
- *Evidenze di efficacia*: dubbie (breve follow-up (FU), scarsa numerosità, studi con problemi metodologici); al momento attuale, peraltro, i trattamenti con estinzione non figurano più nella lista degli interventi psicologici “empirically supported” [19].
- *Recenti varianti “soft”*: “permessi concordati” per lasciare il letto, in bambini di 3-6 anni, e possibilità di conforto fisico a richiesta del bambino per incoraggiare il sonno solitario (in

realtà più che un “protocollo” è un invito al buon senso e alla pronta responsabilità genitoriale, pur con una forma strutturata) [20-21].

#### Prevenzione-Educazione dei genitori

- **Metodo:** svariati tipi di intervento, dalla consegna ai genitori di materiale educativo (consiglio prevalente: mettere il bimbo sveglio nel lettino per favorire l'autonomia) al consiglio di intervenire durante i risvegli notturni, alla riduzione del numero delle poppate notturne al seno.
- **Efficacia:** presente ma variabile (successo dal 10% al 100%); interventi effettuati nel periodo prenatale o nei primi 6 mesi, con follow-up non superiore a 6 mesi.
- **Applicabilità:** semplici e accettabili; metodi molto eterogenei (anche riduzione programmata delle poppate al seno).
- **Problemi:** in certi casi interferenza con l'allattamento al seno “a richiesta”; metodi diversi sia concettualmente che praticamente.
- **Evidenze di efficacia:** dubbie. Anche a questo riguardo è interessante notare che in alcune revisioni è stata attribuita la qualifica di intervento *well-established* agli interventi preventivi, definiti dai precedenti revisori come *empirically supported*, pur riconoscendoli privi di evidenze scientifiche o addirittura dichiaratamente viziati da conflitto di interessi [22-26].

#### Risvegli programmati

- **Metodo:** svegliare il bambino a orari programmati dal genitore per evitare risvegli in orari indesiderati.
- **Efficacia:** stabilita da tre studi degli stessi Autori su 44 bambini; non agisce sulle DA ma solo sui RN.
- **Applicabilità:** qualche settimana è necessaria per ottenere risultati; scarsa compliance dei genitori.
- **Problemi:** il genitore non guadagna sonno; interruzione dei normali cicli di sonno del bambino.
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

#### Routine positive

- **Metodo:** instaurare (e mantenere) abitudini “piacevoli” prima del sonno, come ninne-nanne, ascoltare una fia-

#### Box 1

- Alle famiglie nel gruppo “trattamento” era data la possibilità di scegliere fra i due trattamenti proposti (l'estinzione graduale e il “camping out” - variante dell'estinzione standard) o di elaborare un personale mix fra di essi, ma i risultati si riferiscono al gruppo “trattamento” nell'insieme.
- Alta percentuale di drop out (solo il 57% dei genitori di figli con problemi di sonno ha accettato di applicare l'intervento, e di questi solo il 53% - ossia il 30% del totale del gruppo “trattamento” - ha scelto l'estinzione graduale), che è noto inficiare l'applicabilità del trattamento sulla popolazione generale.
- Il 31% degli originali partecipanti è stato perso al follow-up lungo e questo non permette di escludere alcuni effetti avversi presenti su piccoli gruppi (che però potrebbero essere significativi a livello di popolazione generale).
- Nel gruppo controllo: più alta percentuale di famiglie ad alto svantaggio socio-economico ( $p = 0,02$ , dato non esplicitato).
- I risultati dimostrano che non ci sono differenze significative fra gli effetti avversi (problemi emotivi e di condotta, funzionamento psico-sociale e stress cronico riportato dai bambini; intimità, conflittualità e qualità globale della relazione genitori-figli, disinibizione dell'attaccamento; depressione, ansia e stress genitoriali o autoritarismo parentale) nei trattati e non trattati. A tal proposito si deve precisare che l'“attaccamento disinibito”, grave disturbo dell'attaccamento presente soprattutto in bambini adottati o con severa deprivazione affettiva, non ha lo stesso significato né gli stessi criteri diagnostici né correla con l'attaccamento “sicuro” (dimostrato fattore di resilienza per diversi problemi comportamentali, anche legati al sonno). Il questionario relativo valuta dunque solo gli attaccamenti gravemente disturbati [38-42].
- Ci sono invece altre evidenze che correlano l'attaccamento sicuro direttamente con la responsività materna e nello specifico con quella notturna; inoltre la “disponibilità emotiva” della madre correla in modo inversamente proporzionale ai problemi di sonno dei bambini [43-45]. La pronta responsività genitoriale (la capacità del caregiver a rispondere in maniera contingente e appropriata ai segnali del bambino) rinforza il legame affettivo tra l'adulto e il bambino e ne incrementa il senso di sicurezza, e pertanto è auspicabile per il benessere del bambino e del futuro adulto [46].
- Come già evidente, al follow-up di 2 anni non vi è differenza nella percentuale di problemi di sonno (stranamente e in controtendenza rispetto ai primi mesi dopo il trattamento, si riscontra anzi una maggior percentuale di problemi di sonno nei trattati che nei controlli -9% vs 6,9% - sebbene non statisticamente significativa) e nel punteggio sulle abitudini di sonno: gli Autori commentano, opportunamente, che l'effetto positivo sui problemi di sonno è riscontrabile fino a quattro mesi dopo l'intervento, mentre quello sulla depressione materna fino a sedici mesi dopo; dunque l'intervento comportamentale ha effetto soprattutto sulla depressione materna.

ba o musica rilassante, coccole, bagnetto.

- **Efficacia:** rapida insorgenza dell'effetto.
- **Applicabilità:** facile e accettabile dai genitori, può aiutare a stabilire corrette norme di “igiene del sonno” (evitare la TV o giochi “eccitanti” prima di dormire).
- **Problemi:** a volte eccessiva rigidità nell'applicazione delle routine (vedi il metodo E.A.S.Y. di Tracy Hogg che ha ampie sovrapposizioni con l'estinzione graduale, in particolare contrasta con l'allattamento al seno a richiesta).
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

#### Cronoterapia con anticipo o posticipo del sonno

- **Efficacia:** solo sulla *delayed phase syndrome* (in genere adolescenti).
- **Applicabilità:** buona.
- **Problemi:** eccessiva restrizione del sonno nell'età scolare.
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

#### I trattamenti comportamentali e le evidenze: alcune criticità

Spesso le revisioni paragonano il gruppo molto eterogeneo dei “trattamenti” con il placebo e concludono per la loro generica efficacia, per ammissione degli stessi

Autori, raggruppando insieme le “mele con le arance” [27].

L'unico trial randomizzato sulle procedure di estinzione con lungo follow-up (cinque anni) che riporta in abstract, come obiettivo e risultato raggiunto, l'assenza di conseguenze negative (ma anche di efficacia...) a lungo termine dei protocolli in questione, presenta in realtà diversi punti meritevoli di discussione:

- nel background si fa riferimento a una linea guida imputando erroneamente al *controlled crying*\*\* dignità di *best practice* (in realtà con meno evidenze scientifiche rispetto all'estinzione standard) [28];
- sono presenti importanti limiti metodologici, desunti anche dai precedenti articoli pubblicati sullo stesso studio [29] (*box 1*);
- tali strategie comportamentali hanno effetto soprattutto nella gestione della depressione post-partum, altro aspetto su cui molto c'è da discutere (*box 2*).

Altre significative osservazioni sul CC sono state sollevate dalla società di NPI australiana [30] (*box 3*).

C'è anche da sottolineare che in molti degli articoli (per lo più revisioni) che riguardano i protocolli tipo estinzione viene evidenziato come svantaggioso il fatto che possa indurre stress nei genitori, ma quasi mai si indaga su tale aspetto nel bambino. Eppure si sa, da diverse ricerche, che il pianto prolungato può avere effetti dannosi sul sistema nervoso centrale, tramite l'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene; d'altro canto nei piccoli che rispondono “efficacemente” all'estinzione è stato documentata una persistenza di alti livelli di stress (cortisolemia) a dispetto dell'abolizione dei richiami (= n. pianti), creando quindi una discrepanza tra segnali di stress fisiologici e comportamentali e interrompendo, per conseguenza, la normale (e auspicata) sincronia psico-biologica tra madre e bambino, che dovrebbe invece essere incentivata tanto di giorno quanto di notte [31-33]. Per contro è documentato che bassi livelli di cortisolo in risposta allo stress sono direttamente correlati alla durata del cosleeping nei primi 6 mesi di vita (al contrario il sonno solitario è associato a una maggiore reattività allo stress già a 5 settimane di vita) [34-35]. La questione centrale sembrerebbe essere, appunto, se considerare il pianto not-

### Box 2

- Ci sono diverse evidenze che dimostrano come i problemi comportamentali (compresi quelli di sonno) dei piccoli sotto i 3 anni siano direttamente correlati alla depressione materna presente già in gravidanza e in periodo preconcezionale (dunque precedente i loro eventuali problemi di sonno...) [47-50].
- La depressione materna si associa spesso a una percezione negativa del temperamento del bambino (che già di per sé, in madri non depresse, può causare un'inappropriata attribuzione di problemi di sonno, non oggettivamente confermati) e quindi a una sovrastima dei problemi di sonno e dell'irritabilità, percezione che migliora in modo significativo dopo terapia antidepressiva [51-52].
- Ci sono evidenze sulla predominanza del ruolo della depressione materna nella genesi dei numerosi risvegli notturni dei bambini, anche mediati da inappropriati interventi materni durante la notte [53].
- Considerando che nella complessa genesi delle interazioni disfunzionali (con i conseguenti problemi comportamentali) entra a far parte anche la depressione post-partum paterna, sono opzioni da considerare il trattamento farmacologico della depressione materna e gli interventi psico-educativi volti a migliorare la comprensione e l'empatia nella diade madre-bambino [54-55].

### Box 3

- Il pianto del bambino indica uno stress – piuttosto che capricci – e il pianto senza conforto, anche se breve, può essere molto stressante.
- Può insegnare al bambino a non piangere e quindi a non cercare o non aspettarsi aiuto quando ne ha bisogno.
- Dai 6 mesi ai 3 anni circa i bambini soffrono di “ansia da separazione” e in questo periodo spesso si svegliano la notte per essere rassicurati dai genitori; in questo caso dormire con o vicino a un genitore (= *cosleeping*) è una valida opzione, che può consentire a entrambi di dormire bene.
- È più probabile che i bambini sviluppino un attaccamento di tipo sicuro (il fondamento di una buona salute mentale nell'età adulta) se i loro segnali di stress ricevono risposte pronte, coerenti e appropriate.
- Non c'è una ragione, dal punto di vista dello sviluppo, per cui i bambini dovrebbero dormire separatamente dai loro genitori (fatti salvi gli accorgimenti per la SIDS).
- I genitori dovrebbero essere rassicurati che rispondere ai bisogni e al pianto del bambino non lo “vizierà”.
- I metodi studiati per garantire un buon sonno ai genitori non dovrebbero contravenire ai bisogni emotivi ed evolutivi dei bambini.
- Se si sceglie di usare il CC, bisognerebbe farlo quando il bambino è in grado di comprendere il significato delle parole del genitore, di prevedere il suo ritorno e di sentirsi sicuro anche da solo. Questo in genere non avviene prima dei 3 anni e comunque va verificato sul singolo bambino.
- Prima dell'applicazione del CC bisognerebbe valutare attentamente la salute globale del bambino e le relazioni familiari, considerando prima altre opzioni come preferibili.
- Qualora venisse applicato il CC, bisogna fare attenzione più al grado di stress del bambino che ai minuti riportati nella tabella.

turno del bambino piccolo come un bisogno (e come tale da soddisfare) o un “capriccio” (quindi da contrastare) [36]. Poiché è noto che l'origine delle pratiche educative miranti alla precoce autonomizzazione e all'abolizione dei richiami notturni (come anche l'indicazione a dormire in stanze separate) ha una matrice storico-ideologica, ci si chiede fino a

che punto esse debbano essere ancora perseguite, alla luce delle recenti acquisizioni psico-neuro-biologiche sulla nascita e modulazione dei sistemi regolatori dello stress, e dell'imprinting epigenetico che ha su di essi lo stile di accudimento nelle primissime fasi dell'infanzia. Se le strategie culturalmente determinate non incontrano i bisogni biologi-

ci e individuali del bambino, esse non sono una buona soluzione e sono incongruenti con il target di un ottimale sviluppo del bambino [37].

## Conclusioni

Allo stato attuale non ci sono evidenze (né sull'efficacia né sulla sicurezza) sufficienti per promuovere indiscriminatamente i protocolli comportamentali di tipo "estinzione" per la risoluzione dei comuni problemi di sonno dei bambini in età prescolare. La loro applicazione nei singoli casi dovrebbe essere valutata attentamente in relazione alla corretta diagnosi di DS e al contesto psicologico e familiare del bambino, sapendo che nella maggioranza dei casi essi vanno incontro a risoluzione spontanea. I bambini maggiormente a rischio di DS persistenti hanno spesso uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente, che rende tali metodi difficilmente applicabili e prevedibilmente fallimentari (importante ricercare la presenza di depressione/ansia genitoriale). Oltre alla "presa in carico" della famiglia da parte del pediatra e alla conoscenza della normale fisiologia ed evoluzione del sonno infantile, già di per sé sufficienti in molti casi e di documentata efficacia, anche preventiva, quando usati come guida anticipatoria, si possono consigliare strategie più confortevoli e supportate da evidenze psico-biologiche, fondate sul supporto a una genitorialità responsiva (conforto fisico/co-sleeping a richiesta, e/o routine piacevoli prima del sonno) che lascino alla famiglia la scelta della modalità più congeniale per gestire il sonno dei piccoli. ♦

## Note

\* Attualmente sono in vigore le definizioni (diverse) di almeno quattro classificazioni internazionali: ICD-10, classificazione 0-3 R, DSM-IV, ICSD International Classification of sleep disorders 2005 (senza contare quelle elaborate dagli Autori dei vari articoli).

\*\* Nell'articolo riportato in [28] il *controlled crying* viene chiamato, più generalmente, *controlled comforting*.

## Bibliografia

- http://paternamente.blogspot.it/2012/09/incredibile-estivill-un-passo-indietro.html#/2012/09/incredibile-estivill-un-passo-indietro.html.
- Galland BC, Mitchell EA. Helping children sleep. *Arch Dis Child* 2010;95(10):850-3. doi: 10.1136/adc.2009.162974.
- Price A, Hiscock H, Gradisar M. Let's help parents help themselves: A letter to the editor supporting the safety of behavioural sleep techniques. *Early Human Development* 2013;89:39-40. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.07.018.
- Estivill E, De Bejar S. Fate la nanna, il semplice metodo che vi insegna a risolvere per sempre l'insonnia del vostro bambino. Firenze: Mandragora, 1999.
- Richman N. A Community survey of characteristics of one-to two-year-olds with sleep disruptions. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20(2):281-91.
- Price AM, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-Year Follow-up of Harms and Benefits of Behavioral Infant Sleep Intervention: Randomized Trial. *Pediatrics* 2012;130(4):643-51. doi: 10.1542/peds.2011-3467.
- Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics* 2003;111(2):302-7.
- Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics* 2005;115(1 Suppl):241-9.
- Weinraub M, Bender RH, Friedman SL, et al. Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Dev Psychol* 2012;48(6):1511-28. doi: 10.1037/a0027680.
- Jenni OG, Molinari L, Caffisch JA, Largo RH. Sleep duration from ages 1 to 10 years: variability and stability in comparison with growth. *Pediatrics* 2007;120(4):e769-76.
- Hiscock H, Wake M. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics* 2001;107(6):1317-22.
- Owens JA, Babcock D, Blumer J, et al. The use of pharmacotherapy in the treatment of pediatric insomnia in primary care: rational approaches. A consensus meeting summary. *J Clin Sleep Med* 2005;1(1):49-59.
- Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320(7229):209-13.
- Tortorella M, Moschetti AM, D'Erasmo S. L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini? *Quaderni acp* 2006;13(6):264-6.
- Bruni O. Principi di medicina del sonno in età evolutiva. Napoli: Mediserve, 2000.
- Brusoni G, Moretto R, Venturelli L. Da 0 a 6 anni: una Guida per la famiglia. SIPPS, Ministero della Salute, Ed. Plada, 2007.
- Hiscock H, Bayer J, Gold L, et al. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomized trial. *Arch Dis Child* 2007;92(11):952-8.
- Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of "standard" and graduated ignoring procedures. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27(1):5-16.
- http://www.psychologicaltreatments.org/
- Moore BA, Friman PC, Fruzzetti AE, MacAleece K. Brief report: evaluating the Bedtime Pass Program for child resistance to bedtime-a randomized, controlled trial. *J Pediatr Psychol* 2007;32(3):283-7.
- Blunden S. Behavioural treatments to encourage solo sleeping in pre-school children: an alternative to controlled crying. *J Child Health Care* 2011;15(2):107-17. doi: 10.1177/1367493510397623.
- Kuhn BR, Elliot AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res* 2003;54(6):587-97.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, et al. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996;49:5-18.
- Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *J Pediatr Psychol* 1999;24(6):465-81.
- Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep* 2009;32(5):599-606.
- http://www.bambinonaturale.it/2011/02/johnsonjohnson-paga-medici/.
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1263-76.
- Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1277-81.
- Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, et al. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;122(3):e621-7. doi: 10.1542/peds.2007-3783.
- Australian Association for Infant Mental Health Inc. (Affiliated with the World Association for Infant Mental Health).
- www.aaimhi.org. Position Paper 1: Controlled Crying. Issued november 2002; revisited march 2004.
- Zores C, Dufour A, Langlet C, et al. Spontaneous cries can alter the physiological well-being and cerebral oxygenation of very preterm infants. *Early Hum Dev* 2012;89(2):125-9. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.09.002.
- http://www.corriere.it/cronache/08\_mag-gio\_19/pianto\_bambini\_3bcf2060-25b1-11dd-9a1d-00144f486ba6.shtml.
- Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Hum Dev* 2012;88(4):227-32. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010.
- Beijers R, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress* 16(3):267-77. doi: 10.3109/10253890.2012.742057.
- Tollenaar MS, Beijers R, Jansen J, et al. Solitary sleeping in young infants is associated with heightened cortisol reactivity to a bathing session but not to a vaccination. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37(2):167-7. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.03.017.
- Blunden SL, Thompson KR, Dawson D. Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: Challenging the status quo. *Sleep Med Rev* 2001;15(5):327-34. doi: 10.1016/j.smrv.2010.11.002.
- Chess S, Thomas A. Origins and evolution of behaviour disorders. New York: Brunner/Mazel, 1984.
- World Health Organisation (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F94.1>.
- American Psychiatric Association (2000). "Diagnostic criteria for 313.89 Reactive attachment

disorder of infancy or early childhood". Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed., text revision (DSM-IV-TR) ed.). United States: American Psychiatric Press Inc (DC).

[41] Chisholm K, Carter MC, Ames EW, et al. Attachment security and indiscriminate friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Dev Psychopathol* 1995;7:283-94.

[42] Rutter M, Kreppner J., Sonuga-Barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(5):529-43. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x.

[43] Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Dev Psychopathol* 2009;21(1):157-71. doi: 10.1017/S0954579409000108.

[44] McElwain NL, Booth-Laforce C. Maternal sensitivity to infant distress and non distress as predictors of infant-mother attachment security. *J Fam Psychol* 2006;20(2):247-55.

[45] Higley E, Dozier M. Nighttime maternal responsiveness and infant attachment at one year. *Attach Human Dev* 2009;11(4):347-63. doi: 10.1080/14616730903016979.

[46] Teti DM, Kim BR, Mayer G, et al. Maternal Emotional Availability at Bedtime Predicts Infant Sleep Quality. *J Fam Psychol* 2010;24(3):307-15. doi: 10.1037/a0019306.

[47] Richter L. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A review. Department of child and adolescent health and development. WHO, 2004. <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

[48] Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health* 1998;34(3):263-6.

[49] O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, et al. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev* 2007;83(7):451-8.

[50] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Sleep disturbance in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 2007;30(1):127-33.

[51] Armitage R, Flynn H, Hoffmann R, et al. Early developmental changes in sleep in infants: the impact of maternal depression. *Sleep* 2009;32(5):693-6.

[52] Palmstierna P, Sepa A, Ludvigsson J. Parent perceptions of child sleep: a study of 10,000 Swedish children. *Acta Paediatr* 2008;97(12):1631-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00967.x.

[53] Orhon FS, Ulukol B, Soykan A. Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatr* 2007;96(12):1777-83.

[54] Teti DM, Crosby B. Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behavior. *Child Dev* 2012;83(3):939-53. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01760.x.

[55] Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118(2):659-68.

## L'USO DEGLI PSICOFARMACI IN ETÀ EVOLUTIVA NECESSITA DI ULTERIORI INDAGINI ACCURATE E PROTRATTE NEL TEMPO

Nei mesi scorsi è stato dato ampio rilievo, da parte degli organi di informazione, ai risultati del 15° Rapporto italiano del Progetto europeo ESPAD (*European school project on alcohol and other drugs*), indagine campionaria condotta nel 2012 sull'uso di alcol, droga e sostanze psicoattive da parte degli adolescenti di 15-16 anni di età. Il Rapporto è stato curato per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa. L'8% degli studenti intervistati ha dichiarato di avere utilizzato almeno una volta nella vita psicofarmaci dopo prescrizione medica, mentre il 15% ha dichiarato di averli assunti almeno una volta senza la prescrizione del medico. **Questi risultati contrastano con quelli relativi alle prescrizioni effettuate dai medici che vengono aggiornate annualmente e che indicano nell'1,5% la percentuale di adolescenti di età 15-16 anni che hanno ricevuto una o più prescrizioni di psicofarmaci nel corso della loro vita.**

«Questa stima – spiega **Maurizio Bonati**, Capo del Dipartimento Igiene Pubblica dell'IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" – è pressoché costante nel corso degli ultimi anni. Il tasso dell'1,5% è considerevolmente inferiore all'8% del Rapporto. Sebbene l'1,5% possa essere considerato come sottostimato, poiché alcune classi di psicofarmaci (per es. gli ansiolitici) non sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi non sono contemplate nelle analisi, è tuttavia difficile giustificare tale divario tra quanto prescritto e quanto dichiarato dagli studenti».

I dati di prescrizione e le indagini campionarie costituiscono due punti di osservazioni differenti, ciascuno con proprie finalità, potenzialità e limiti. Le banche dati di prescrizione forniscono dati solidi sul numero di farmaci prescritti dal medico sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (ricetta rossa) e di pazienti che hanno acquistato il farmaco prescritto. Che un farmaco sia stato prescritto non significa automaticamente che sia stato anche assunto. Quindi, quell'8% del Rapporto sarebbe da considerare inferiore al prescritto e ulteriormente in contrasto con i dati dei flussi correnti amministrativi (1,5%).

«L'indagine campionaria – aggiunge **Bernardo Dalla Bernardina**, presidente della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) – fornisce informazioni sul consumo dei farmaci, anche di quelli assunti senza il consiglio del medico. Questo tipo di studi è però gravato da alcuni limiti, tra cui la capacità della persona intervistata di ricordare che cosa ha assunto, e la comprensione e interpretazione delle domande poste. Ad esempio, nel caso della versione italiana del questionario ESPAD non è chiaro quale possa essere l'interpretazione di un adolescente della domanda "In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dormire e/o rilassarti?"».

Il 6% degli intervistati ha dichiarato di averli usati senza prescrizione medica, ma è possibile che alcuni studenti abbiano considerato "farmaci per dormire" anche prodotti fitoterapici (per es. camomilla, valeriana) o integratori (per es. melatonina): medicinali ben diversi dagli ansiolitici (per es. Alprazolam o Lorazepam). A questo proposito il questionario originale in lingua inglese era più specifico perché chiedendo di "sedativi o tranquillanti" si riferiva in modo preciso ad alcune classi di farmaci.

Appare anche discutibile, almeno per il contesto italiano, considerare i "farmaci per dimagrire" (seconda classe di farmaci più utilizzata, in base al rapporto ESPAD, con una percentuale di utilizzatori pari al 3%) come psicofarmaci; contribuendo quindi alla stima del 15% di adolescenti che si autoprescrive questo tipo di medicinali.

In Italia, infatti, non sono in commercio psicofarmaci con questa indicazione e quindi l'uso, se fosse vero, rimanderebbe a un acquisto illegale di farmaci e/o a un impiego equiparabile a quello di una sostanza d'abuso. Non è da escludere, quindi, che molte delle risposte affermatrici alla domanda: "In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dimagrire?" si riferissero all'utilizzo di integratori alimentari.

Da ultimo, poiché nel questionario non era previsto che si indicasse anche il nome del farmaco utilizzato, non è possibile valutare con maggiore accuratezza e precisione le risposte di quel 15% di adolescenti che riferiscono di essersi autoprescritti psicofarmaci.

Occorre maggiore cautela nell'interpretazione dei risultati pur sostenendo la necessità che il Ministero della Salute e l'Agenzia Italiana del Farmaco promuovano sistemi di sorveglianza attiva e di programmi finalizzati al monitoraggio della prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti, come fatto in passato per l'uso degli psicostimolanti per la terapia del deficit di attenzione e iperattività. Solo disponendo di stime attendibili circa l'uso razionale dei farmaci (e tra questi gli psicofarmaci) sarà possibile migliorare, in termini di efficacia e sicurezza, i percorsi terapeutici volti a rispondere ai bisogni di salute dei bambini e degli adolescenti (e delle loro famiglie).

Maurizio Bonati, Bernardo Dalla Bernardina, Antonio Clavenna  
 (Ufficio Stampa IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano;  
 SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)