

Co-sleeping e bedsharing: considerazioni di fondo su una pratica senza controindicazioni né scadenze

Gabriella Falcicchio

Il termine *co-sleeping* indica l'insieme delle pratiche riguardanti i genitori e i figli che dormono nella stessa stanza, per tutta la notte o parte di essa. Quando si condivide la stessa superficie il *co-sleeping* si declina in *bedsharing*. In ciascuno dei casi, secondo la felice espressione di J. McKenna, «a portata di abbraccio» (McKenna 2007, trad. it. 2011).

Per trattare adeguatamente questo tema, c'è bisogno di far riferimento all'ampia letteratura scientifica che mostra con chiarezza i processi fisiologici legati al sonno nei neonati e nelle puerpere. Il linguaggio scientifico-razionale appare tuttavia riduttivo, poiché il sonno condiviso fa parte di un complesso di cure che, nei primi anni di vita, sono agite in massima parte dalla mamma e riguardano la sfera emozionale del femminile-chegenera. Come evidenzia L. Gutman (2008), l'universo della differenza femminile non è esprimibile con il solo linguaggio verbale, ma necessita anche di aperture di comprensione più sottili, più libere dai lacci della razionalità, intuitive e profonde. C'è bisogno di aprirsi a una comunicazione radicalmente diversa da quella logico-razionale-verbale, per accedere ai vissuti unici che si dispiegano nella diade e nella triade familiare. Tali vissuti sono molto antichi, appartengono agli umani di centinaia di migliaia di anni fa, poiché il funzionamento cerebrale e i bisogni legati alla crescita sana della persona sono immutati e solo di recente le pratiche che accompagnano la vita sono state messe in discussione. Ci si comincia a chiedere per la prima volta come nutrire e dove far dormire un neonato a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, ma pochi decenni non possono cambiare le strutture portanti dell'animale umano, al quale occorre tornare, per trovare chiavi di lettura più autentiche e liberanti.

Il linguaggio fatto di carezze, di tocchi, di respiro, di tepore, di corpo si libera con particolare intensità di notte, quando la luce cala, il cervello neocorticale abbassa il livello di guardia e guadagnano terreno gli strati cerebrali più antichi. Il controllo è basso, restano a vegliare antiche

sentinelle, seguendo una programmazione antichissima funzionale alla sopravvivenza dell'individuo. Nel neonato, il sistema del sonno presenta aspetti specifici, legati all'intera sua condizione. Egli infatti nasce con un sistema neurale fortemente immaturo, poiché la nascita non segna la conclusione nello sviluppo del sistema più importante del corpo, ma una fase di passaggio lungo un *continuum*. Per poter uscire dal canale vaginale, la testa del feto è piccola, e lo sviluppo del cervello proseguirà in esogestazione con modalità analoghe alla vita intrauterina, cioè attraverso un contatto totale e costante con il corpo della madre, che fa da regolatore dei sistemi vitali. La prossimità della madre, per un cucciolo senza alcuna possibilità di difendersi dai predatori (non sa camminare per molti mesi e non riesce nemmeno a tenere la testa sulle spalle per settimane!), rappresenta l'unica possibile sicurezza per la sopravvivenza. Il livello di contatto richiesto è molto alto, di giorno e di notte, anzi di notte il bisogno di vicinanza è maggiore. Se ci sono molti adulti che hanno paura del buio (e dopo l'invenzione della lampadina elettrica, non abbiamo reale contezza di cos'è davvero il buio), per un neonato, la notte e l'assenza della madre sono il vuoto assoluto: la sua mente non possiede le categorie dello spazio («mamma è di là») né del tempo («mamma sta per tornare»), c'è solo il vuoto, c'è la paura più ancestrale, a cui non c'è nome, è terrore allo stato puro (Bernardi, Tromellini, 2008).

La ricostruzione è tanto più realistica se si pensa a due sistemi fondamentali di sopravvivenza del neonato, tra loro interrelati: l'allattamento al seno e la mancata secrezione di melatonina. La composizione del latte umano è quasi priva di grassi, dà pertanto una sensazione di sazietà che dura poco e che suscita presto – anche solo dopo un'ora – la richiesta di altro latte. Mentre altri mammiferi, con latte grasso, lasciano il piccolo per sfamarsi e il piccolo resta sereno, la composizione latteica umana appare coerente con il fatto che la femmina umana non debba allontanarsi dal piccolo, che la reclama spesso, supportata dal compagno che provvede a sfamarla (per alcuni interpreti la monogamia stessa avrebbe questa origine). Ora, se questo vale durante il giorno, a maggior ragione vale di notte, e così si comprende perché per vari mesi il neonato non secerna melatonina, l'ormone deputato alla regolazione dei ritmi circadiani, e presenti un sistema di alternanza sonno-veglia che risponde ad altri criteri, riassumibili nel bisogno di non essere lasciati soli e affamati: due parole per dire la medesima esigenza (Bortolotti, 2010).

I pluridecennali studi di J. McKenna permettono di ricostruire bene le caratteristiche del sonno nei primi 6-9 mesi di vita. Mostrano infatti che i neonati allattati al seno hanno un sonno più leggero e si svegliano a

intervalli che corrispondono a un ciclo di sonno della mamma, per cui la diade prosegue anche di notte la sua 'danza' in armonia. Avere più risvegli ha effetti positivi: si tratta di risvegli rapidi e non disagiati, i neonati non giungono a piangere disperatamente, ma si guardano intorno, cercano il capezzolo per poi addormentarsi di nuovo dopo la poppata. Svegliarsi di frequente, in questo modo fisiologico e non doloroso, funge da fattore di protezione contro le apnee notturne, possibili con un sonno troppo pesante, e la SIDS. Inoltre le madri che sperimentano questo vissuto dichiarano di dormire meglio di chi viene svegliato dalle urla nell'altra stanza, non devono alzarsi e allattare in posizioni scomode, per poi tornare al proprio letto con la probabilità che di lì a poco la tortura reciproca ricominci.

Allattamento naturale e mancata secrezione di melatonina, nonché chiari indicatori di benessere in entrambi (riduzione del pianto nel piccolo, buona qualità del riposo materno) mostrano come il sonno fisiologico del cucciolo d'uomo sia in prossimità della madre, che svolge un ruolo importante nello sviluppo sano del suo bambino a partire da funzioni basilari come quella respiratoria e termica. Occorre sottolineare dunque che non siano i risvegli frequenti del piccolo a disturbare il sonno degli adulti, quanto la gestione errata del sonno con l'allontanamento precoce dal corpo materno, che porta a pianto, sofferenza e conseguenti (comunque auspicabili!) comportamenti di consolazione più lunghi e faticosi di quanto non sarebbe se il piccolo restasse a portata di abbraccio.

A questo proposito, le ricerche mostrano che allontanare precocemente il bambino e ignorare le sue richieste di vicinanza provoca danni a lungo termine, mentre il *co-sleeping* è pratica benefica e va considerata in connessione coerente con tutte le altre pratiche di accudimento prossimale diurno; e che se il *co-sleeping* è praticato in condizioni di sicurezza e tutti sono contenti di viverlo, non ci sono controindicazioni di alcun tipo, né sulle modalità né sui tempi.

Durante la notte, il neonato non sta solo riposando, poiché il suo sistema neurale è in crescita attiva. In particolare è in quelle ore che si generano le connessioni tra le sinapsi che garantiscono lo sviluppo di un sistema sano e altamente plastico. Il cervello opera scelte funzionali in virtù degli stimoli che il corpo ottiene, ma soprattutto in base a quelli che non ottiene e si può affermare che la scarsa stimolazione sensoriale dovuta al mancato contatto con la madre fa sì che parte delle cellule neurali neonatali possano perdersi per sempre. I danni si concretizzano nella mancata crescita dei neuroni legati allo sviluppo delle competenze comunicative, all'espressione, regolazione e soddisfacimento dei propri bisogni e delle emozioni (Mosko *et al.*, 1993).

Non è secondario ricordare che il pianto prolungato, con risposte di consolazione tardive o addirittura assenti, ha effetti devastanti. Non c'è alcun beneficio nel lasciar piangere e c'è da chiarire che il pianto è un segnale di allarme e di dolore. I neonati chiedono quello di cui hanno bisogno inviando una serie di segnali comprensibili al *caregiver* responsivo e, in assenza di *feedback*, iniziano a piangere. L'American Academy of Pediatrics ha definito, ad esempio, il pianto un segnale tardivo di fame, recependo nelle sue linee guida questo assunto di base. Sta al *caregiver* dare tempestivo soddisfacimento al bisogno espresso e creare le condizioni di contesto adeguate a una sana espressione dei bisogni, affinché il bambino non giunga a livelli di esasperazione. La prossimità anche in questo caso funge da fattore di protezione, perché permette alla madre di capire i segnali del neonato con maggiore facilità e tempestività, e consente una conoscenza reciproca sempre maggiore, efficace e gratificante per entrambi.

C'è infine un ultimo baluardo che di recente viene eroso sempre più efficacemente dagli studi più avanzati, cioè il rapporto tra *co-sleeping*, e in particolare *bedsharing*, e la Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante (SIDS). Per vari decenni si è creduto che una delle cause di SIDS fosse proprio il contatto tra i corpi, tuttavia studi empirici e transculturali mostrano che molto ha giocato la dimensione ideologica del dibattito sul tema (McKenna, 1991). Non si spiegherebbe ad esempio il fatto che in Giappone, come nelle società native, dove l'allattamento al seno e il *co-sleeping* toccano il 100%, la SIDS sia quasi inesistente e compaia negli Stati Uniti come problema medico negli anni Sessanta, quando cioè si raccoglievano i frutti dei cambiamenti culturali delle pratiche di accudimento, con latte artificiale, sonno solitario in posizione prona. È oggi invece sempre più evidente che il rapporto tra *co-sleeping* e SIDS sia inverso: è la separazione tra madre e bambino ad aumentare il rischio di SIDS, in concomitanza con altri fattori di rischio.

Sui benefici del *co-sleeping* in questa età gli studi sono chiari: maggior successo dell'allattamento al seno per prevalenza, durata e qualità; riduzione dello stress e del pianto nei primi giorni di vita; effetto calmante del contatto per liberazione degli oppioidi endogeni; migliore stabilità cardiocircolatoria e ossigenazione; migliore termoregolazione; più bassi livelli di cortisolemia anche nel corso dell'infanzia con relativo migliore controllo dell'ansia (Tortorella, Moschetti, 2011). Questi benefici sono comuni alle cure prossimali nella loro generalità e inseriscono il *co-sleeping* tra le pratiche di accudimento meglio correlate a un attaccamento sicuro, cioè quella dotazione di base su cui si costruisce la salute e il benessere psico-fisico-relazionale del bambino e del futuro adulto.

Riguardo le possibili controindicazioni, infatti, se si escludono relazioni patologiche, bisogna distinguere, come suggerisce A. Bortolotti (2010), tra pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabili dei bambini. Le affermazioni sugli effetti negativi a lungo termine del *co-sleeping* non hanno ad oggi alcuna dimostrazione scientifica. Anzi, non c'è un solo studioso di *safe co-sleeping* a esprimersi sulla sua presunta dannosità. Se infatti si escludono le condizioni di scarsa sicurezza ormai ampiamente accertate dalla letteratura e si adegua il *setting* perché non presenti rischi, la condivisione del letto non ha alcuna controindicazione. Né in termini di modalità, che vengono accomodate liberamente dai membri della famiglia nei vari luoghi possibili dove dormire, né in termini di tempo.

Sul piano psicologico, le letture che mettono in relazione attaccamento e sonno, con particolare riferimento al periodo nove mesi-tre anni, cioè quello di maggiore ansia da separazione, evidenziano che i *superco-sleepers*, cioè i bambini che passano l'intera notte con i genitori, hanno meno risvegli e più brevi di quelli posti a dormire da soli¹. Di quelli che dormono in stanze separate, i bambini insicuri-evitanti si separano facilmente, si svegliano ma non richiamano la madre; gli insicuri-ambivalenti si svegliano, richiamano, ma presentano forti difficoltà a rilassarsi e a essere consolati, restando a lungo in uno stato di attivazione; i sicuri si svegliano, richiamano e ottengono vicinanza richiesta e attenzioni efficaci (Moschetti, Tortorella, 2006). Dal quadro si evince un dato molto rilevante: i bambini che, posti in un'altra stanza, non danno segnali di richiamo, non necessariamente stanno dormendo sereni e per tutta la notte. Negli attaccamenti evitanti, il bisogno di vicinanza c'è ugualmente, il bambino si sveglia, ma non esprime il bisogno, poiché si è rassegnato, ma si tratta, come sottolineano M.L. Tortorella e A. Moschetti (2011), di una rassegnazione intrisa di sofferenza. Del resto l'inibizione dell'espressione del bisogno deriva dall'apprendimento che, anche se fosse espresso, non verrebbe soddisfatto adeguatamente.

Questa considerazione dovrebbe portare a letture meno superficiali sulla presunta tranquillità di alcuni dei bambini messi a dormire da soli, quali fulgido esempio di separazione ben riuscita. Bisogna inoltre rivedere l'idea del sonno in stanza separata e senza bisogno di interventi consolatori come

¹ Si noti la differenza con il neonato, che durante il *co-sleeping* si sveglia più di frequente come è nella sua fisiologia, e che, restando vicino alla madre nei mesi successivi, evolve naturalmente verso un sonno più prolungato e sereno. La vicinanza della madre fa da regolatore del sonno stesso, oltre che delle funzioni già citate.

indicatore di autonomia e di una sana maturazione del bambino e continuare a riflettere sui significati di autonomia. La cultura diffusa dimentica che il processo di autonomizzazione umana è complesso e lento, necessita dei tempi più lunghi di tutti i primati; che l'andamento del processo è 'labirintico', fatto di andate e ritorni, accelerazioni e rallentamenti, pause, stazionamenti, in un movimento che dura l'intero corso della vita. C'è inoltre da considerare la dimensione relazionale strutturalmente inscritta nella persona: se l'autonomia consiste nel farcela 'da soli' questo produce scelte ben precise nell'educazione, e la «solitudine forzata» (McKenna, 2007, trad. it. 2011, p. 33), anche notturna, sarà vissuta come funzionale allo sviluppo della capacità di farcela indipendentemente dagli altri, senza dover chiedere aiuto. Se invece si ritiene che «nessuno si salva da solo» (A. Capitini, D. Dolci), e che quindi alla base dell'autonomia ci sia la capacità di chiedere aiuto, esprimendo efficacemente i propri bisogni, operando scelte e cercando attivamente i modi per vivere felicemente insieme agli altri, allora cambiano i parametri di fondo degli atti accuditivi ed educativi.

Si tratta di due visioni, certo schematizzate, del tutto opposte, che si traducono in scelte divergenti anche relativamente al sonno, che nel Novecento è stato terreno di un vero e proprio scontro fazioso. Il sonno solitario e per tutta la notte è diventato così, senza una reale base scientifica, indicatore di autonomia (secondo la prima interpretazione) e quindi parametro di valutazione della buona riuscita educativa del rapporto madre-figlio. Lo stesso irrigidimento delle prescrizioni, unita a un'accelerazione dei tempi di allontanamento del bambino dai *caregiver* primari ha investito lo slattamento, il controllo degli sfinteri e la socializzazione tra pari.

La tesi principale contro il *co-sleeping* si riassume nel fatto che il letto (o la camera) dei genitori è il luogo in cui ha sede l'intimità dei coniugi, purché da questa intimità vengano esclusi i figli, che invadono uno spazio non destinato a loro e sostando in un luogo che non li fa crescere, rendendoli dipendenti, cuccioli a vita. La letteratura scientifica evidenzia a tal proposito che i *co-sleepers* giungono più tardi a dormire nella propria stanza, facendolo senza alcun dramma, pianto, senza risvegli notturni in preda ad angosce da separazione, senza la necessità di rituali di persuasione e spesso lo scelgono da sé, evidenziando proprio l'autonomia desiderata. Il fatto che vi giungano più tardi, dai cinque anni circa, non segna alcuna criticità, se ci si libera dell'idea dei tempi rapidi a tutti i costi, ma rispecchia il dispiegarsi di processi naturali che, se vissuti in libertà, acquistano il valore aggiunto della non violenza. Al contrario, è violento costringere un neonato o un bambino non in grado di vivere serenamente la separazione notturna a questa forzatura, non è formativo

da alcun punto di vista, a meno che non si consideri educativo l'apprendimento implicito che il proprio bisogno di vicinanza non ha diritto di parola e di esistenza, nemmeno al cospetto delle persone che dicono di amarmi di più al mondo. Del resto, se i tempi del *co-sleeping/bedsharing* si protraggono ancora per altri anni, non c'è alcun problema. Ci sarebbe un problema se, manifestando il piccolo il desiderio di sperimentare il proprio letto nella propria stanza, gli venisse impedito.

Quanto detto finora porta a mettere in discussione sia metodi spacciati per scientifici per ottenere che il bambino cessi di disturbare il sonno degli adulti, sia interpretazioni tuttora correnti per cui il bambino che non smette di dormire con i genitori entro una scadenza non è in una condizione normale, adeguata. Nessuno studio, anche transculturale, mostra che il *co-sleeping* generi problemi psichici, mentre appare evidente che il piccolo sceglierà spontaneamente di dormire per conto proprio quando sarà giunto il momento. Inoltre, ai benefici già elencati, se ne aggiungono altri con il tempo: più alto livello di ossitocina ed endorfine; riposo più lungo e di migliore qualità per tutti; possibilità per il padre di godere del contatto con il figlio se lavora tutto il giorno e altrettanto vale, a maggior ragione, se la mamma lavora anch'ella. A lungo termine i *co-sleepers* presentano livelli di attentività maggiori, migliori capacità di concentrazione, performance cognitive più alte, una vita sociale più stabile e appagante (McKenna, 2007, trad. it. 2011).

Sarebbe semplicistico dichiarare che tali vantaggi dipendano esclusivamente dal *co-sleeping*, poiché si iscrive nel contesto più ampio delle cure ad alto contatto, anzi «le pratiche relative al sonno dei figli non creano mai, di per sé, legami particolari che non siano stati già definiti da quanto accade durante il giorno. Tali pratiche non fanno che riflettere la natura del rapporto già esistente tra genitore e figlio» (McKenna, 2007, trad. it. 2011, p. 100). L'affermazione è rilevante, dato che se l'accudimento notturno è in continuità con quello diurno e se per tutta la giornata il *caregiver* sarà sensibile e responsivo alle richieste del bambino, allora non è la variabile sonno condiviso-sonno solitario a essere indicatore di autonomia, ma altri ambiti dell'esistenza in cui l'individuo, secondo i livelli di maturazione raggiunti, compie scelte, tenendo conto dei propri bisogni e coniugandone il soddisfacimento con il rispetto degli altri. Tenendo indipendenti le pratiche di *co-sleeping* dall'autonomia, diventa prioritario restituire ai genitori la libertà di seguire il proprio istinto e la conoscenza che hanno del proprio bambino nell'organizzare la vita familiare notturna, fornendo loro informazioni realmente scientifiche, supportandoli nell'affinare le proprie competenze genitoriali di ascolto

dei bisogni del piccolo e liberandoli dalla paura di fargli del male a breve e/o a lungo termine se lo tengono vicino di notte.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics (2005): Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115, pp. 496-506.
- Bernardi M., Tromellini P. (2008): *La tenerezza e la paura. Ascoltare i sentimenti dei bambini*. Milano: Tea.
- Bortolotti A. (2010): *E se poi prende il vizio? Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabili dei nostri bambini*. Torino: Il Leone Verde.
- Gutman L. (2008): *Maternità tra estasi e inquietudine*. Trad. it., Firenze: Terra Nuova, 2011.
- Honneger Fresco G. (2006): *Facciamo la nanna. Quel che conviene sapere sui metodi per far dormire il vostro bambino*. Torino: Il Leone Verde.
- Keller M.A., Goldberg W.A. (2004): Co-sleeping: help or hindrance for young children's independence? *Infant and Child Development*, n. 13, pp. 369-388.
- McKenna J.J. (1991): *Researching the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): the Role of Ideology in Biomedical Science*. Stony Brook (N.Y.): Research Foundation of State University of New York.
- McKenna J.J., McDade Th. (2005): Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Pediatric Respiratory Review*, n. 6, pp. 134-152.
- McKenna J.J., Thoman E.B., Anders T.F., Sadeh A., Schechtman V.L., Glotzbach S.F. (1993): Infant-Parent Co-Sleeping in an Evolutionary Perspective: Implications for Understanding Infant Sleep Development and the Sudden Infant Syndrome. *Sleep*, n. 3, pp. 263-282.
- Moschetti A., Tortorella M.L. (2006): Sonno e relazione di attaccamento. Una lettura possibile dei disturbi del sonno nell'infanzia. *Medico e bambino*, n. 1, pp. 55-61.
- Moschetti A., Tortorella M.L. (2007): Ossitocina e attaccamento. *Quaderni acp*, n. 14(6), pp. 254-260.
- Moschetti A., Tortorella M.L. (2009): Come dormono i nostri bimbi? La risposta della più vasta indagine condotta in Italia. *UPPA*, n. 5, pp. 20-21.
- Mosko S., McKenna J., Dickel M., Hunt L. (1993): Infant-Parent Co-sleeping: the appropriate context for the study of infant sleep and implication for SIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, n. 16(6), pp. 589-610.
- Mosko S., Richard C., McKenna J. (1997): Maternal sleep and arousal during bedsharing with infants. *Sleep*, n. 20(2), pp. 142-150.
- Tortorella M. L., Moschetti A. (2011): Il sonno condiviso aumenta il rischio di SIDS nel lattante? Un dibattito sempre aperto, *Medico e bambino*, pagine elettroniche 2011, n. 14(2), <http://www.medicoebambino.com/?id=IPS1102_10.html>.