

## IL TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA

Alessandra Devoto

Psicologa, Dottore di Ricerca in Psicologia Cognitiva  
Esperta in Disturbi del sonno (AIMS)  
SPC, Roma

### **Corrispondenza**

alessandra.devoto@uniroma1.it

### Riassunto

Il presente lavoro descrive l'approccio cognitivo-comportamentale per la valutazione e il trattamento dell'insonnia in età evolutiva, sulla base dall'attuale Classificazione Internazionale dei Disturbi del sonno (ICSD-3, 2014). I disturbi del sonno vanno sempre inquadrati nell'ambito delle condizioni psico-fisiche e delle relazioni familiari del bambino. Il Trattamento Cognitivo- Comportamentale per l'insonnia (CBT) in età evolutiva si declina differentemente in base all'età e allo sviluppo del bambino. Nei bambini più piccoli, è necessario considerare eventuali disagi e risorse psicologiche dei genitori e le loro credenze e emozioni rispetto al sonno del bambino al fine di impostare incisivi parent training mirati ai cambiamenti comportamentali previsti dal CBT per l'insonnia pediatrica. I principi e le tecniche delle componenti del CBT per i disturbi di inizio e mantenimento del sonno per la prima infanzia sono descritti e schematizzati nel testo anche mediante la descrizione di un caso clinico esemplificativo.

**Parole chiave:** insonnia infantile, Trattamento Cognitivo-Comportamentale, CBT, estinzione, apprendimento discriminativo, rinforzo positivo

### SLEEP RESTRICTION AND STIMULUS CONTROL: THE CORE OF THE BEHAVIOURAL TREATMENT FOR INSOMNIA

### Abstract

This paper describes the cognitive-behavioural approach in the evaluation and treatment of childhood insomnia, considering in the current *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)*. Sleep disorders must be placed in the framework of psychophysical conditions and child family context. The Cognitive-Behavioural Treatment (CBT) for insomnia in childhood is adapted considering the child age and stage of development. In the treatment of infants and young children, it is necessary to evaluate parent possible distress and psychological resources combined with their believes/emotions regarding infancy sleep. This allows to set up an effective parent training for the behavioural changes involved in CBT for childhood insomnia. Principles and strategies of CBT component are described and schematically reported in the paper. A clinical case is also reported to provide an effective implementation example.

**Key words:** childhood insomnia, Cognitive-Behavioural Treatment, CBT, extinction, shaping, reinforcement

SOTTOMESSO MARZO 2016, ACCETTATO MAGGIO 2016

## Introduzione

I problemi di sonno in età pediatrica sono tra quelli più riferiti dai genitori ai pediatri o ad altre figure di accudimento dei bambini (e.g. Martin et al. 2007). Tra questi, i problemi di inizio e mantenimento del sonno durante la notte sono comuni e si stima la loro prevalenza intorno al 20%-30% durante la prima infanzia.

I problemi di sonno infantile hanno conseguenze negative sia sul contesto familiare che sul bambino stesso. Sono spesso fonte di stress familiare e di effetti negativi per la relazione madre-bambino; per esempio i dati indicano che aumentano pensieri, fantasie aggressive e depressioni materne, contribuendo ad attivare comportamenti di attaccamento genitoriale disorganizzato (e.g. Lam et al. 2003). Nel bambino sono correlati a cali prestazionali, alterazioni dell'umore e disturbi delle funzioni cognitive superiori (p. es. flessibilità cognitiva, abilità di ragionamento; e.g. Mindell et al. 2006; Beebe 2011).

La diagnosi di insonnia in età pediatrica non viene emessa al di sotto dell'età dei sei mesi, data la presenza del sonno polifasico nei neonati e considerando che i risvegli notturni multipli sono del tutto fisiologici nei primi mesi di vita. Tuttavia, intorno ai sei mesi i bambini tendono a sviluppare un sonno più consolidato e acquisiscono la capacità di "dormire di notte" (i.e. 5/6 o più ore di sonno consecutive) (e.g. Bruni 2000). I bambini che non sviluppano un pattern di sonno in tal senso potrebbero essere candidati a sviluppare un problema di insonnia. L'importanza di una diagnosi precoce dell'insonnia nel bambino è sottolineata dagli studi che mostrano che i problemi di sonno durante il primo anno di vita, se non trattati tendono a persistere. In particolare, è stato evidenziato che i problemi di sonno non trattati tendono a mantenersi nel 50% dei bambini quando vengono rivisitati 1 o 2 anni dopo (e.g. Anders e Eiben 1997).

In breve, la valutazione clinica e il trattamento precoce dei problemi di insonnia nei bambini è importante non solo per migliorare il sonno notturno e il benessere diurno del bambino ma anche per alleviare gli effetti negativi sul contesto familiare. Un crescente numero di studi negli ultimi dieci anni indica che gli interventi cognitivo-comportamentali per l'insonnia nel bambino sono efficaci soprattutto nei primi anni di vita (e.g. Kuhn et al. 2003) per risolvere i problemi di disposizione a letto e i risvegli notturni sia a breve che a lungo termine (e.g. Ramchandani 2000). Una meta-analisi recente (Meltzer e Mindell 2014) su un totale di 2560 bambini piccoli in età prescolare, scolare e adolescenziale evidenzia risultati efficaci per gli interventi comportamentali sulla latenza di addormentamento, il numero di risvegli notturni, la durata dei risvegli notturni e l'efficienza del sonno, indicando il raggiungimento di dimensioni dell'effetto da piccole a grandi soprattutto per i bambini piccoli senza bisogni speciali. Inoltre alcuni studi hanno evidenziato che tali interventi possono comportare un miglioramento del comportamento nel bambino e promuovere un migliore benessere nei genitori (e.g. Mindell et al. 2009).

In questo articolo saranno descritte le componenti principali e i possibili protocolli dell'intervento psicologico sulle insonnie in età evolutiva che utilizzano sia metodi cognitivi per modificare pensieri, atteggiamenti e credenze sia strategie comportamentali basate sui principi degli apprendimenti associativi. Infine sarà descritto un caso esemplificativo trattato mediante queste tecniche.

## L'insonnia in età evolutiva

I problemi di disposizione a letto e di risvegli notturni durante la notte in età pediatrica sono compresi nella Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD-3, 2014) nell'ambito

del Disturbo da insonnia cronica. Nei criteri diagnostici (A) relativi all'insonnia, sono riferiti al bambino soprattutto la resistenza alla disposizione a letto secondo orari appropriati e la difficoltà a dormire senza l'intervento del genitore o del *caregiver*, insieme agli altri criteri relativi alle conseguenze diurne, alla frequenza e alla durata del problema di sonno (si veda **tabella 1**).

Nei bambini piccoli (0-3 anni), la difficoltà di addormentamento, di mantenimento del sonno

**Tabella 1.** *Criteri diagnostici del Disturbo da insonnia cronica (ICSD-3)*

---

I Criteri A-F devono essere raggiunti:

A. Il paziente riferisce, o il genitore del paziente o il *caregiver* osservano uno o più dei seguenti sintomi:

1. Difficoltà a iniziare il sonno
2. Difficoltà a mantenere il sonno
3. Risveglio prima del voluto
4. Resistenza ad andare a letto negli orari appropriati previsti
5. Difficoltà a dormire senza l'intervento del genitore o del *caregiver*.

B. Il paziente riferisce, o il genitore del paziente o il *caregiver* osservano uno o più dei seguenti sintomi associati alle difficoltà di sonno notturno:

1. Fatica/malessere
2. Difficoltà di attenzione, di concentrazione o di memoria
3. Difficoltà in ambito sociale, familiare, occupazionale o nella prestazione scolastica
4. Disturbi di umore/irritabilità
5. Sonnolenza diurna
6. Problemi comportamentali (e.g. iperattività, impulsività, aggressività)
7. Riduzione nella motivazione/energia/iniziativa
8. Propensione agli errori/incidenti
9. Preoccupazioni o insoddisfazione rispetto al sonno.

C. Le difficoltà del sonno/veglia riferite non possono essere spiegate semplicemente da condizioni inadeguate (i.e. tempo dedicato al sonno insufficiente) o circostanze inadeguate per il sonno (i.e. tenere in considerazione se l'ambiente di sonno è sicuro, buio, tranquillo e comodo).

D. I disturbi del sonno e i sintomi diurni associati avvengono almeno 3 volte a settimana.

E. I disturbi del sonno e i sintomi diurni associati durano da almeno 3 mesi.

F. Le difficoltà sonno/veglia non sono spiegate meglio da un altro disturbo del sonno.

\*Nel caso del *Disturbo da insonnia a breve termine* (acuta o da aggiustamento) cambiano solo i criteri:

D. I disturbi del sonno e i sintomi diurni associati possono presentarsi < di 3 volte a settimana.

E. I disturbi del sonno e i sintomi diurni associati durano da < di 3 mesi.

---

o entrambe sono spesso il risultato di associazioni inappropriate perché disfunzionali con il sonno o dipendenti da condizioni di inadeguata definizione del limite.

Le associazioni disfunzionali con il sonno sono determinate dalla dipendenza del bambino

da specifiche situazioni stimolo (p. es. l'essere cullati, l'allattamento materno, il vedere la TV), oggetti (p. es. un *biberon* di latte), o *setting* (p. es. luce, presenza dei genitori in stanza da letto o bambino nel lettone dei genitori) presenti durante la fase di addormentamento o di riaddormentamento dopo un risveglio notturno. In assenza di queste condizioni, l'inizio del sonno è significativamente ritardato. Se le condizioni associate all'addormentamento sono ristabilite il bambino recupera velocemente la capacità di addormentamento. Tale problema si manifesta abitualmente con risvegli frequenti e/o paure notturne o ansia rispetto al dormire soli. Stante il fatto che le associazioni rispetto all'addormentamento nei piccoli sono comuni, il fenomeno è definito come disturbo quando: 1) le associazioni sono molto problematiche o disadattive (p. es. l'addormentamento avviene solo se il bambino è cullato, è portato in macchina etc.); 2) l'addormentamento è significativamente ritardato o il sonno è molto disturbato dall'assenza delle condizioni associate; 3) l'intervento genitoriale o del *caregiver* è frequentemente richiesto dal bambino per aiutarlo a riprendere sonno.

L'inadeguata definizione del limite si caratterizza per la resistenza e il rifiuto dei bambini ad andare a letto, rinforzati da inadeguati limiti posti dal *caregiver*. In genere questo problema del sonno diviene evidente nei bambini in età pre o scolare e si manifesta quando i *caregiver* non pongono limiti, ne stabiliscono troppo pochi o questi sono proposti in modo incoerente e imprevedibile. I problemi del sonno da limite inadeguato oltre a una resistenza ad andare a dormire possono anche essi risultare in risvegli notturni prolungati, che dipendono dalla risposta del *caregiver* durante la notte.

La ICSD-3 specifica che vi possono essere bambini che hanno bisogno di particolari condizioni per dormire e la loro resistenza al sonno può riflettere prevalentemente problemi di ansia sottostante o di paure specifiche. La paura di dormire da soli, al buio o l'occorrenza di incubi notturni può portare alcuni bambini a richiedere condizioni particolari per dormire (la presenza del genitore nella stanza da letto) o dilazioni ripetute negli orari per andare a letto.

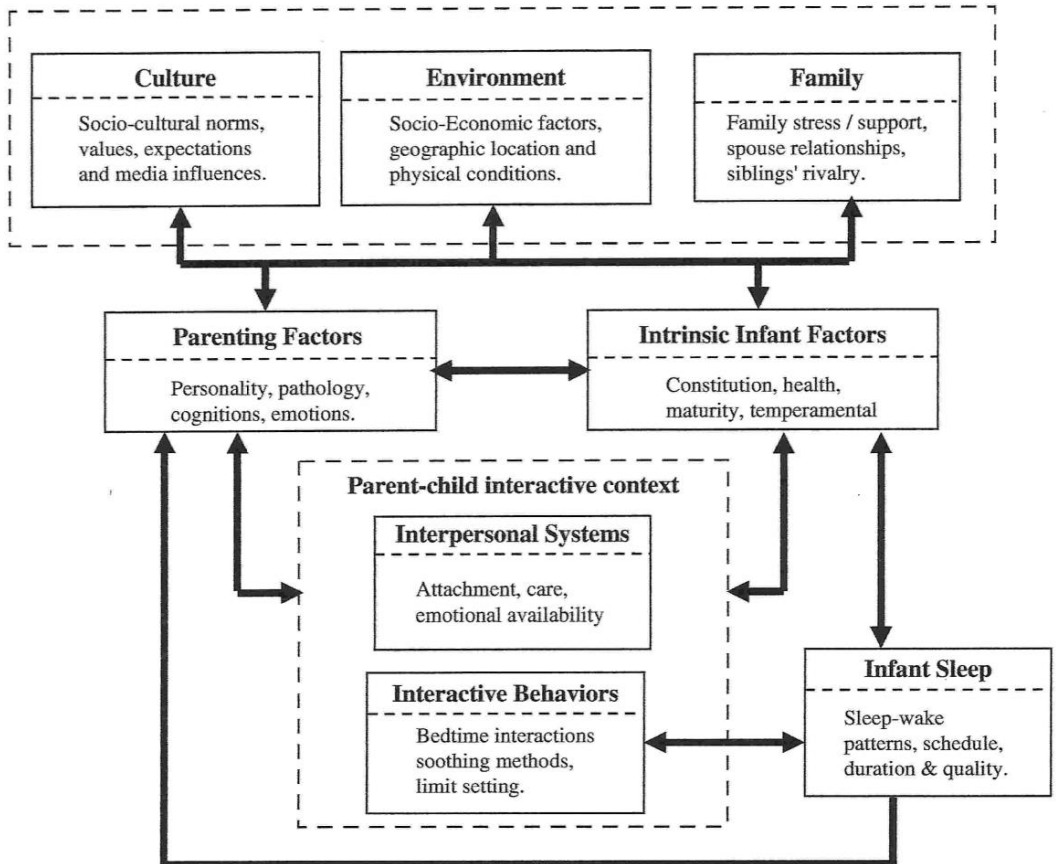
Rispetto alla precedente classificazione internazionale dei disturbi del sonno (ICSD-2, 2005), l'attuale ICSD-3 non usa più la categoria specifica di *Insomnia comportamentale infantile*, per caratterizzare i problemi di insonnia in età pediatrica. Infatti sebbene comuni nei bambini, le associazioni disfunzionali per il sonno e i problemi di inadeguata definizione del limite sono spesso presenti anche in altri gruppi di età e non sono necessariamente discriminativi dell'età infantile. A esempio, gli adulti insonni possono riferire difficoltà ad addormentarsi in ambienti tranquilli e bui e possono non essere capaci di addormentarsi se non con la televisione accesa; gli adolescenti possono manifestare inadeguatezza nella definizione del limite quando volontariamente ritardano progressivamente gli orari di disposizione a letto. Similmente gli anziani possono andare incontro allo stesso problema quando svolgono sonnellini ripetuti e randomici durante il giorno che contribuiscono ad aumentare la frammentazione del sonno notturno.

Detto ciò, le caratteristiche salienti dei problemi di insonnia da associazione e inadeguata definizione del limite sono sempre state sottolineate in letteratura (e.g. Tikotsky e Sadeh 2010), nell'ambito del contesto delle interazioni bambino-genitore e delle dinamiche famigliari.

Lo sviluppo del pattern del sonno infantile e dei suoi disturbi è influenzato da una complessa matrice di fattori fisiologici (e.g. di tipo maturazionale, medico e temperamentale) e di fattori psico-sociali, relati a influenze culturali, a caratteristiche genitoriali e a specifiche relazioni tra bambino e genitore. Tali interazioni sono utilmente rappresentate in coerenti prospettive teoriche come il Modello transazionale di Sadeh et al. (1993) (riportato in **figura 1**).

Secondo questo modello tra il sonno del bambino e le reazioni e il comportamento dei genitori

Figura 1. Modello transazionale (adattato da Sadeh e Anders 1993)



rispetto allo stesso sonno infantile, si instaurano articolate relazioni biunivoche. In particolare, le credenze dei genitori, le aspettative, le emozioni e i comportamenti associati al sonno del bambino sono a loro volta influenzate dallo stesso andamento del sonno del bambino in un circolo vizioso o virtuoso che secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale è di primaria importanza per capire lo sviluppo del pattern di sonno infantile (i.e. ritmo del ciclo sonno-veglia, *sleep ability*, continuità del sonno). Sebbene il focus di questo articolo sia incentrato su tali aspetti psicologici dell'insonnia nei bambini e sugli interventi per risolverla, è importante chiarire che i problemi di inizio e mantenimento del sonno nei piccoli possono essere influenzati ed esacerbati anche da comuni fattori fisiologici (come le allergie, le coliche, il reflusso gastroesofageo) o quadri medici di rilevanza clinica (disturbi respiratori, disturbi motori nel sonno o condizioni di disabilità specifiche, (e.g Bruni 2000; Angriman et al. 2015). Pertanto oltre a valutare i fattori cognitivo-comportamentali associati al sonno, di fronte a bambini con problemi di insonnia

è fondamentale valutare la presenza di fattori fisiologici o condizioni mediche che possono contribuire o determinare il problema di sonno. Se presenti, tali condizioni vanno affrontate prima o in combinazione con interventi sul sonno di tipo psicologico.

## L'intervento cognitivo-comportamentale nell'insonnia della prima infanzia

Oltre ai possibili fattori di tipo organico e/o fisiologico che spesso sottostanno ai comuni problemi di insonnia nei bambini piccoli, il risultato più consistente e duraturo della ricerca sui fattori che contribuiscono allo sviluppo di problemi di sonno nella prima infanzia riguarda le relazioni riscontrate tra il coinvolgimento genitoriale nel processo di addormentamento e i risvegli notturni del bambino. Diversi studi hanno mostrato che i bambini che si addormentano ricevendo un significativo supporto dai genitori (e.g. allattati, cullati, a stretto contatto fisico) hanno un maggior numero di risvegli notturni in cui richiedono attenzione rispetto ai bambini che si addormentano da soli o con il minimo aiuto dei genitori (Touchette et al. 2005). Tale risultato è stato interpretato a favore dell'ipotesi che se il genitore è molto coinvolto nell'aiutare il bambino ad addormentarsi, egli impara ad associare l'addormentamento esclusivamente alla presenza e al supporto genitoriale, dando luogo a un problema di insonnia da addormentamento per associazione. Tale comportamento del genitore sfavorirebbe lo sviluppo di strategie autoconsolatorie del bambino (p.es. lallio, suzione del dito o del ciuccio, contatto con oggetto transazionale-peluche) per affrontare in maniera autonoma la transizione tra veglia e sonno. È rilevante notare che gli studi basati su registrazioni oggettive del sonno infantile (e.g. actigrafia o registrazioni video) dimostrano che i bambini con problemi di risvegli notturni, oltre a svegliarsi più dei controlli, hanno come principale problema l'incapacità di utilizzare strategie di autoconsolazione per riaddormentarsi autonomamente o richiedendo il minimo aiuto da parte dei genitori (Sadeh et al. 1991). Sebbene le relazioni tra comportamento genitoriale e sonno del bambino siano bidirezionali, per cui i bambini con maggiori risvegli notturni incoraggiano ovviamente i genitori a essere più coinvolti, i genitori comunque sembrano giocare un ruolo importante nello sviluppo e mantenimento dei problemi di insonnia infantile. Su questa base, la maggior parte degli interventi psicologici su questi problemi di sonno si basano su trattamenti cognitivo-comportamentali (CBT) finalizzati a modificare credenze e atteggiamenti dei genitori sul sonno dei figli e a ridurre il loro coinvolgimento attivo durante la notte.

## Le componenti del CBT per l'insonnia in età pediatrica

Gli interventi per la cura dei problemi di disposizione a letto e di risvegli notturni nella prima infanzia si configurano sostanzialmente come interventi di *parent training*, di breve durata, focalizzati sul sonno, costituiti da strategie che incorporano sia componenti comportamentali, basate sui principi dell'apprendimento associativo (e.g. rinforzi, estinzione, apprendimento discriminativo), sia componenti cognitive fondate sulle tecniche di ristrutturazione cognitiva.

Le componenti cognitive-comportamentali di comprovata efficacia sono descritte in letteratura (e.g. Sadeh 2005; Mindell et al. 2006) e in questa sede schematizzate in tabella (**tabella 2**).

Le tecniche di "estinzione" assumono che i risvegli notturni e le richieste di attenzione ricercate dai piccoli durante la notte siano rinforzate positivamente dai comportamenti di attenzione e di accudimento dei genitori (i.e. cullare, allattare etc.) e che la rimozione di tali rinforzi (il coinvolgimento genitoriale) riduca i comportamenti di richiesta di attenzione da parte dei bambini. Le tecniche di estinzione si distinguono in "estinzioni standard" ed "estinzioni

**Tabella 2.** *Tecniche cognitivo-comportamentali per il trattamento psicologico dell'insonnia infantile*

<b>Componente</b>	<b>Vantaggi</b>	<b>Limiti</b>
<b><i>Estinzione standard (brusca)</i></b> Rimozione di ogni risposta del genitore ai “richiami” del bambino una volta a letto (p. es. non intervento al pianto) fino a che il bambino non si addormenta.	Tempi applicazione rapidi	Bassa tollerabilità: Scarsa aderenza con rischio interruzione procedura e ulteriore rinforzo del problema di sonno
<b><i>Estinzione graduale</i></b> Limitazione graduale della presenza del genitore in fase di addormentamento (p. es. con il metodo del <i>Minimal Checks</i> ) offrendo rassicurazione con brevi visite al bambino a intervalli predefiniti o progressivamente prolungabili.	Alta tollerabilità e Buona aderenza	Tempi applicazione lunghi Molto tempo a disposizione
<b><i>Apprendimento discriminativo/ Addormentamento ritardato</i></b> Definizione di <i>pre bed routine</i> costanti e rilassanti prima di andare a letto (p. es. racconto favola, ninna-nanna)/ Ritardo dell'orario di disposizione a letto. Una volta facilitato l'addormentamento si rianticipa gradualmente l'orario del sonno.	Alta tollerabilità Aderenza	Tempi applicazione lunghi Molto Tempo a disposizione
<b><i>Risvegli programmati</i></b> Risveglio del bambino poco prima (circa 15') dei risvegli spontanei. Si incoraggia il bambino a riaddormentarsi.	Tempi applicazione rapidi	Bassa tollerabilità scarsa aderenza
<b><i>Rinforzi positivi</i></b> Patteggiare un premio (rinforzo positivo) quando il bambino mette in atto un comportamento desiderato (p. es., non raggiungere lettone dei genitori di notte). Indicato per bambini > 3 anni.	Alta tollerabilità buona aderenza. Elaborazione di specifici programmi di rinforzo	Tempi applicazione lunghi



Tabella 2. Continua

Componente	Vantaggi	Limiti
<b>Componente cognitiva/educativa</b> Uso di strategie di ristrutturazione cognitiva per discutere e modificare credenze disfunzionali per il sonno del bambino (p. es importanza addormentamento in braccio) / Informazioni sul funzionamento e sviluppo del sonno infantile.	Tempi applicazione rapidi	Possibili resistenze

graduali” in base al grado e alla tempistica con cui viene eliminato il coinvolgimento genitoriale e hanno diversi costi e benefici. Nella pratica clinica l’estinzione graduale è preferita perché pone meno problemi di accettabilità e aderenza ai genitori. Attuata mediante la procedura del “*checking*”, la tecnica di estinzione graduale mantiene un comportamento di accudimento rassicurante minimale da parte dei genitori verso i figli in fase di addormentamento, senza rinforzare comportamenti di richiesta di attenzione durante questo periodo. Il messaggio chiaro e coerente che i genitori sono incoraggiati a dare ai figli è: “Noi siamo qui per proteggerti e rassicurarti, ma ci aspettiamo che ti addormenti da solo perché non è pericoloso e ce la puoi fare da solo”.

Altri metodi comportamentali utilizzati nel CBT per l’insonnia nei bambini piccoli sono i “risvegli programmati” che possono essere utilizzati quando i risvegli notturni avvengono più o meno in orari costanti. Questa procedura tende a consolidare la continuità del sonno dei bambini con problemi di frammentazione del sonno, verosimilmente a causa dell’aumento della pressione per il sonno dovuta alla minima “restrizione” del periodo di sonno che la strategia comporta, ma i genitori non la seguono volentieri data la difficoltà di svegliarsi comunque in orari fissi durante la notte.

Il ritardo programmato nella disposizione a letto con conseguente “ritardo dell’addormentamento” è un’altra tecnica che si usa per facilitare la fase di addormentamento, sfruttando il principio psicofisiologico di regolazione omeostatica del sonno, per cui un aumento di veglia precedente incrementa la pressione per l’innesco e il consolidamento del sonno notturno.

In accordo ai principi dell’apprendimento discriminativo i genitori sono anche guidati a elaborare e a mettere in atto sistematicamente delle *pre-bed routine* rilassanti e positive che aiutino il bambino a collegare il sonno con attività calme e piacevoli. Il rationale sottostante a queste ultime due tecniche si basa sui principi del “Controllo dello stimolo” (utilizzato anche nella CBT-I per gli adulti) in cui si sfruttano i principi associativi del condizionamento classico per consolidare la relazione tra orari, ambiente rilassante e sonno.

Si possono usare anche programmi di rinforzo positivo per i comportamenti desiderati relativi al sonno con i bambini più grandi (almeno 3 anni) con i quali è già possibile pianificare e comunicare verbalmente obiettivi specifici.

Una componente importante del CBT per l’insonnia in età infantile riguarda la ristrutturazione di alcune credenze genitoriali disfunzionali rispetto al sonno dei bambini in modo da incentivare il cambiamento dei loro atteggiamenti e comportamenti effettivi durante la disposizione a letto dei bambini e la loro gestione notturna. Alcuni studi hanno mostrato come i genitori di bambini



con problemi di insonnia esprimono rispetto a genitori di bambini senza questi problemi più credenze che riflettono la difficoltà a porre dei limiti per la gestione del sonno (Sade et al. 2007) o a interpretare i risvegli notturni dei figli come sintomi di stress e ansia, il che li rende più proni all'intervento per facilitarne l'addormentamento (Tikotzky et al. 2009). È frequente nella pratica clinica incontrare genitori con bambini dal sonno disturbato che interpretano la limitazione nel coinvolgimento nel sonno infantile come un segno di insensibilità o scarso accudimento. In tali casi le tecniche proposte dal CBT possono elicitare delle resistenze nei genitori e in effetti non essere seguite. Per tali ragioni è necessario che il clinico affronti anche le credenze e gli atteggiamenti dei genitori nei confronti del sonno dei figli per prepararli al trattamento e facilitare la loro cooperazione, indispensabile per garantire l'efficacia dell'intervento CBT. Parallelamente, il CBT comporta anche una componente educativa sul funzionamento del ciclo sonno-veglia in età infantile per mettere in grado i genitori di promuovere pratiche auto-regolative e comportamenti adattivi per il sonno dei figli (e.g. Devoto 2011). A esempio, dal punto di vista comportamentale è importante suggerire ai genitori per il sonno dei più piccoli di: 1) delineare una chiara separazione tra le attività diurne e serali evitando o minimizzando l'esposizione del neonato alla luce e alle attività sociali durante la sera e la notte, 2) dissociare l'allattamento dal processo di addormentamento e aumentare progressivamente gli intervalli tra gli allattamenti durante la notte. Dopo i 5-6 mesi (e in seguito allo svezzamento) l'allattamento notturno dovrebbe essere ridotto o eliminato del tutto per migliorare la continuità del sonno.

L'intervento CBT in età evolutiva si declina soprattutto in base all'età e allo stadio di sviluppo del bambino. A esempio il rifiuto di andare a letto e le paure notturne sono problemi più comuni tra i bambini più grandi (in età prescolare-scolare). Si stima che circa il 70% dei bambini tra i 4 e i 12 anni riferisca paure notturne (e.g. Muris et al. 2001). In questi casi il trattamento più appropriato va scelto sulla base dell'analisi delle caratteristiche cognitive, emotive e comportamentali che hanno portato allo sviluppo e al mantenimento di tali problemi. In alcuni bambini la resistenza al sonno e i risvegli notturni possono riflettere prevalentemente problemi di ansia o paure specifiche (ICSD-3, 2014). Alcuni dati (Cortesi et al. 2008; Bilotta et al. 2013) indicano che nei bambini italiani le paure notturne (p.es. del buio, degli estranei/intrusi in casa, degli incubi etc.) sono i predittori più diretti dell'adozione di comportamenti di *co-sleeping* tardivo, inteso come pratica protratta oltre i 4-5 anni di dormire nello stesso letto dei genitori, per l'intera notte o parte di essa. Sul piano delle strategie comportamentali identificate in letteratura, l'adozione del *co-sleeping* a breve termine o meglio del *room sharing* (condivisione della stanza) con bambini in età scolare con problemi d'ansia può essere indicata come strategia di *coping*, comportando un'inversione di segno rispetto agli interventi comportamentali privilegiati per i bambini più piccoli. Alcuni studi (e.g. Sadeh 1994; Kushnir e Sadeh 2010) suggeriscono infatti che le paure notturne e l'ansia da separazione possano essere efficacemente ridotte da brevi periodi di *co-sleeping*. In questi casi si favorisce la presenza del genitore vicino al letto del bambino in fase di addormentamento o si permette al bambino di dormire nella stanza da letto del genitore per un breve periodo (1-7 giorni) e quindi gradualmente si elimina la pratica. La cautela di utilizzare questa strategia per breve tempo è necessaria per evitare che il *co-sleeping* protratto possa divenire un comportamento di evitamento, assecondato e mantenuto dai genitori, nell'affrontare in modo più approfondito e specifico eventuali problemi di ansia del bambino. Gli interventi cognitivo-comportamentali più specifici per le paure notturne dei bambini si configurano come trattamenti che si basano sugli stessi principi dei CBT per i disturbi di ansia (e.g. Gordon 2007).

Nei bambini più grandi e durante l'adolescenza il ciclo sonno-veglia va incontro a cambiamenti maturazionali per cui vi è un aumento fisiologico della sonnolenza diurna e un tendenziale ritardo

di fase nel ritmo circadiano (e.g. Russo et al. 2007). Queste variazioni fisiologiche insieme alla conquista da parte dei ragazzi di una maggiore autonomia comportamentale nella gestione del ciclo sonno-veglia possono comportare un aumento di attività serali disfunzionali al sonno tra cui attività di studio, attività sportive agonistiche serali e uso eccessivo di tecnologie (e.g. Bruni et al. 2015) insieme a una diminuzione di pratiche di igiene del sonno tra cui una maggiore irregolarità di orari, sonnellini diurni prolungati e uso di sostanze come caffeina, alcolici e droghe (e.g. Bootzin et al. 2005). L'insieme di questi fattori pone particolarmente a rischio questa fascia di età per lo sviluppo di problemi di insonnia e del ritmo circadiano. Nei casi conclamati di disturbi del sonno gli interventi CBT sono focalizzati su tali problemi e sono affini a quelli adottati per i disturbi da inizio e mantenimento del sonno negli adulti (e.g. Bootzin et al. 2005; Morin 2010).

### *I protocolli CBT per l'insonnia infantile*

Il CBT per l'insonnia in età evolutiva prevede il ricorso a varie combinazioni delle sue componenti e si configura quindi come un intervento multi-componenziale, le cui tecniche non vanno utilizzate in modo rigido ma adattate ai singoli casi clinici. Inoltre, nella scelta della combinazione delle componenti CBT è necessario essere attenti alle risorse psicologiche e alle capacità gestionali dei genitori, condividendo un bilancio dei costi e dei benefici del loro utilizzo. Nei bambini piccoli la più comune combinazione del CBT comprende l'uso dell'apprendimento discriminativo, dell'estinzione graduale e del rinforzo positivo.

L'intervento clinico sui problemi di inizio e mantenimento del sonno infantili va programmato in modo sequenziale e prevede schematicamente i seguenti passi: 1) l'analisi comportamentale del problema di sonno (con questionari clinici ad hoc, diari del sonno, attigrafia, colloquio) ed eventuali esami medici specialistici nel caso se ne ravveda la necessità; 2) l'analisi di altri eventuali problemi famigliari e psicologici dei genitori, oltre alle loro credenze e atteggiamenti rispetto al sonno del bambino; 3) la discussione dei possibili meccanismi alla base del problema di sonno; 4) la programmazione dell'intervento da seguire, possibilmente incoraggiando entrambi i genitori a partecipare e i risultati da raggiungere.

Tipicamente si tratta di interventi di breve durata, che dopo i primi 2-3 incontri di valutazione prevedono dai 4 agli 8 incontri per la successiva fase di trattamento a cadenza settimanale o bisettimanale.

### *Un caso esemplificativo*

Enrico è un bambino di 18 mesi, in buona salute e con uno sviluppo psicomotorio nella norma. Figlio unico, molto atteso dai genitori, è sempre stato bene ma ha sofferto di coliche nei primi 3-4 mesi di vita destando preoccupazioni sulla sua capacità di addormentarsi (*sleep ability*) senza piangere. Dalla nascita ha avuto un allattamento a richiesta ed è stato svezzato a 6 mesi, quando la madre è tornata al lavoro. All'epoca della valutazione faceva pasti regolari e variati; durante il giorno E. non andava al nido e stava con la tata e poi con i genitori dal tardo pomeriggio durante la settimana e per tutta la giornata nei weekend.

I genitori riferiscono che E. ha un problema di addormentamento e spesso un risveglio notturno da cui fatica a riaddormentarsi. Quello che preoccupa i genitori è che ormai (da qualche mese) non basta più la loro presenza in stanza per tranquillizzarlo quando non riesce a dormire, come quando era più piccolo.

In fase di valutazione, durante i primi due incontri, mediante colloquio e diari del sonno, si evidenzia che:

- ✓ Gli orari del ciclo sonno-veglia sono piuttosto regolari nella disposizione a letto (21:30/21:40) e variabili nel risveglio finale (6:00/10:00). Svolge sonnellini regolari nel pomeriggio, senza particolari difficoltà, talvolta però anche in orari tardivi (17:00-18:00).
- ✓ Le difficoltà di addormentamento sono presenti il 50% delle sere (4 su 8 giorni monitorati) con una latenza che varia dai 60 ai 90 minuti. È sempre presente un risveglio notturno a circa metà notte (2:00/4:00) con una veglia notturna di almeno 30 minuti da cui E. fatica a riaddormentarsi, a meno che i genitori non lo portino in giro per la casa in passeggino.
- ✓ L'ambiente di sonno è ancora indiviso (E. dorme nel lettino nella stanza dei genitori).
- ✓ Le *pre-bed routine* sono brevi e poco strutturate (solo il cambio del pannolino prima della disposizione nel lettino).
- ✓ Per facilitare il sonno di Enrico si sono instaurate associazioni con comportamenti genitoriali e oggetti disfunzionali per il sonno (prima di essere messo a letto E. viene portato in giro per tutta la casa in passeggino, gli vengono fatti vedere dei filmini al cellulare e fatto sentire il rumore del phon; una volta nel lettino E. riceve un biberon di latte); nel lettino non sono presenti altri oggetti di autoconsolazione (p. es. orsetto, ciuccio).

L'inquadramento diagnostico, condiviso durante il terzo incontro con i genitori è stato quello di un disturbo di inizio e mantenimento del sonno per associazione.

L'intervento CBT proposto ai genitori si è basato su:

- ✓ Alcune indicazioni sugli orari ottimali del sonno e dei sonnellini in accordo all'età del bambino e sui meccanismi di innesco e mantenimento associativo che rendevano difficoltoso il sonno di E. Inoltre i genitori sono stati rassicurati sulla potenziale *sleep ability* del figlio e sulla possibilità di allestire a breve una sua stanzetta da letto.
- ✓ La pratica dell'apprendimento discriminativo con l'elaborazione di nuove *pre-bed routine* più strutturate e funzionali (dal gioco attivo dopo cena, al gioco calmo in salotto fino alle *pre-bed routine* rilassanti in stanza da letto con lettura dello stesso librinno, messa a posto e a "dormire" dei giocattoli, abbassamento delle luci).
- ✓ La scelta di oggetti più adatti all'inizio del sonno.
- ✓ L'allestimento di una stanza da letto autonoma per E.

I risultati dell'intervento CBT sono stati:

- ✓ La regolarizzazione degli orari del ciclo sonno-veglia (22:00-9:00) e dei sonnellini diurni (14:00-16:00).
- ✓ La definizione di *pre bed routine* strutturate e rilassanti.
- ✓ L'eliminazione del biberon di latte e l'inserimento di un oggetto transazionale (orsetto) nel lettino.
- ✓ L'eliminazione della difficoltà di addormentamento e la riduzione sostanziale dei risvegli notturni che quando occorrono (1/2 su 8 giorni monitorati) si risolvono con un riaddormentamento autonomo (entro 5/10 minuti).
- ✓ Il trasferimento di E. nella sua stanza da letto.

L'intervento CBT nel caso di E. è durato circa 2 mesi e ha comportato 2 incontri di valutazione, 5 incontri di trattamento e 1 incontro di controllo dopo la fine del trattamento, oltre qualche scambio di mail per la messa a punto di alcune procedure dopo un anno dalla fine del trattamento.

## Conclusioni

Non tutti i casi di insonnia infantile risultano così lineari e tutto sommato semplici da affrontare con le tecniche CBT come il caso esemplificativo di Enrico. Nella pratica clinica abituale i quadri generalmente sono più complessi, e data la multifattorialità dei problemi potenzialmente associati all'insonnia (possibili problemi medici o psicologici dei bambini, disagi familiari e sociali, difficoltà emotive dei genitori) necessitano di cure basate su più interventi specialistici o terapie specifiche (Bruni e Angriman 2015). I problemi di insonnia infantile vanno sempre inquadrati nel contesto in cui vive il bambino e quindi, nella maggior parte dei casi, in famiglia. Gli interventi CBT sull'insonnia infantile includono tipicamente una valutazione degli atteggiamenti e delle credenze relative al sonno dei genitori (o di altre possibili figure di accudimento) e delle loro capacità di gestire i momenti cruciali per il sonno del bambino. In fase di valutazione si considera anche l'eventuale presenza nei genitori di idee e comportamenti disfunzionali, di disagio psicologico o di specifici problemi psicopatologici che possono alimentare il problema di sonno del bambino. Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale tra le principali cause dei disturbi di inizio e mantenimento del sonno nella prima infanzia vi sarebbero eccessive preoccupazioni e coinvolgimenti dei genitori nel processo di addormentamento del bambino che, a loro volta, rinforzerebbero nel piccolo timori e preoccupazioni nonché la dipendenza per il sonno. Per interrompere questo "circolo vizioso" che alimenta le insonnie infantili il CBT rappresenta un nucleo importante di componenti terapeutiche che possono spesso configurarsi come il "core" dell'intervento psicologico per i disturbi del sonno dove le difficoltà da associazione e da inadeguata definizione del limite sono all'ordine del giorno. In questo articolo si è cercato di descriverne le caratteristiche e gli obiettivi principali.

## Bibliografia

- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International Classification of Sleep Disorders*. Third Edition, ICSD-3.
- American Sleep Disorders Association (2005). *International classification of sleep disorders, second revision: Diagnostic and coding manuals-ICSD-2*. American Sleep Disorders Association (ASDA), Wetschester, Illinois.
- Anders TF, Eiben LA (1997). Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36, 9-20.
- Angriman M, Caravale B, Novelli L, Ferri R, Bruni O (2015). Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. *Neuropediatrics* 46, 3, 199-210.
- Beebe DW (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescent. *Pediatrics Conics of North America* 129, e2769-e284.
- Bilotta E, Semerano V, Salvi E, Carpinelli L, Castellani V, Pizzonia G, Patrizi C, Isola L (2013). Vi racconto perchè dormiamo tutti insieme: uno studio sul fenomeno del cosleeping. *Cognitivismo Clinico* 10, 2, 149-160.
- Bootzin RR, Stevens SJ (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review* 25, 629-644.
- Bruni O (2000). *Principi di medicina del sonno in età evolutiva*. Mediserve.
- Bruni O, Angriman M (2015). Pediatric insomnia: new insights in clinical assessment and treatment options. *Arch Ital Biol*, 1, 153, 2-3, 154-66.
- Bruni O, Sette S, Fontanesi L, Baiocco R, Laghi F, Baumgartner E (2015). Technology use and Sleep quality in preadolescence and adolescence. *J Clin Sleep Med* 15, 11, 1433-41.
- Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C, Marioni P (2008). Cosleeping versus solitary sleeping in chil-

- dren with bedtime problems: Child emotional problems and parental distress. *Behavioral Sleep Medicine* 6, 89-105.
- Devoto A (2011). *Dormire come un bambino: come aiutare lo sviluppo naturale del sonno dei vostri figli*. Collana Genitori No problem, San Paolo editore.
- Gordon J, King NJ, Gullone E, Muris P, Ollendick TH (2007). Treatment of children's nighttime fears: the need for a modern randomised controlled trial. *Clin Psychol Rev* 27, 98-113.
- Khun BR, Elliott AJ (2003). Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res* 54, 587-597.
- Kushnir J, Sadeh A (2010). Childhood Fears, Neurobehavioral Functioning. *Child Psychiatry Hum Dev* 41, 88-97.
- Lam P, Hiscock H, Wake M (2003). Outcome of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics* 111, 203-207.
- Martin J, Hiscock H, Hardy P, Davey B, Wake M (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics* 119, 947-955.
- Meltzer LJ, Mindell JA (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for pediatric Insomnia. *Journal of Pediatric Psychology* 39, 8, 932-948.
- Mindell JA, Khun B, Lewin DS, Meltze L, Sadeh A (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night waking in infants and young children. *Sleep* 29, 10, 1263-1276.
- Mindell JA, Telofofski LS, Wiegand B, Kurtz ES (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep* 32, 599-606.
- Morin C (2010). Chronic Insomnia: Recent Advances and Innovations in Treatment Developments and Dissemination. *Canadian Psychology* 51, 1, 31-39.
- Muris P, Merckelbach H, Ollendrick TH, King NJ, Bogie N (2001). Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behav Res Ther* 39, 13-28.
- Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G (2000). A systematic review of treatment for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal* 320, 209-213.
- Russo PM, Bruni O, Lucidi F, Ferri R, Violani C (2007). Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research* 16, 1-7.
- Sadeh A (1994). Assessment of intervention for infant night waking: parental reports and activity-based home monitoring. *J Consult Clin Psychol* 62, 1, 63-8.
- Sadeh A, Anders TF (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Ment Health J* 14, 17-34.
- Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T, Tikotzky L (2007). Infant sleep and parental sleep related cognition. *J Fam Psychol* 21, 74-87.
- Sadeh A, Tikotzky L, Scher A (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews* 14, 89-96.
- Sadeh A (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clin Psychol Rev*, 25, 612-628.
- Sadeh A, Lavie P, Scher A, Tirosh E, Epstein R (1991). Actigraphic home-monitoring sleep-disrupted and control infants and young children: a new method for pediatric assessment of sleep-wake patterns. *Pediatrics* 87, 494-499.
- Tikotzky L, Sadeh A (2009). Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the first year. *Child Dev* 80, 860-874.
- Tikotzky T, Sadeh A (2011). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine* 11, 686-691
- Touchette E, Petit D, Paquet J, Boivin M, Japel C, Tremblay RE et al. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Arch Pediatr Adolesc* 159, 242-9.