

Влияние культуры на младенческий сон

Влияние культуры на биологию младенческого и детского сна. Как создать всеобъемлющую модель в науке о детском сне.

Джеймс Дж. МакКенна, к.н.

Профессор антропологии

Директор лаборатории по изучению поведения сна матери и ребенка

Университет Нотр Дам

Опубликовано в «Сон и дыхание у детей. Эволюционный подход» (Sleep and Breathing In Children: A Developmental Approach JLoughlin, Jcarroll, CMarcus, (Eds.) Marcell Dakker 2000, страницы 199-230)

Перевод Наталии Гербед-Уилсон

Редакция Татьяны Манковой

1. Вступление

«... когда мы даем советы, мы стараемся учитывать влияние культуры на ту информацию, которой мы делимся с родителями. Мы напоминаем себе, что большинство проблем у детей, с которыми приходится сталкиваться педиатру (трудности засыпания в одиночестве, ночные пробуждения, требование родительского внимания или кормление грудью ночью), становятся проблемами только в условиях определенных представлений о детском сне в нашем обществе, но не относительно более общей нормы поведения ребенка. Рекомендации педиатров о переходных объектах, кормлении грудью и совместном сне могут неосознанно склоняться к традиционным евроамериканским взглядам на воспитание детей, особенно касательно засыпания и поведения ночью. Следовательно, когда профессиональные медработники советуют родителям делать или не делать те или иные вещи касательно детского сна, они должны осознавать свои собственные культурные ценности, внимательно изучать культурные и семейные обстоятельства жизни своих пациентов, а также оценивать реакцию родителей на детское поведение во время сна»(1).

«Кто с кем спит – не только личное дело каждого. Организация сна – это социальный обычай, также как погребение умерших, проявление благодарности за подарки, семейная трапеза или уважение обычая моногамного брака, который (для участвующих в нем) сопряжен с моральным и социальным значением для репутации и положения в обществе». (2)

«В клинической педиатрии совместный сон – политическая бомба. Затроньте тему, и вам каюк.» (3)

В этой главе я рассматриваю культурные предпосылки наших представлений о том, что является «нормальным, здоровым и желанным» младенческим сном, а также показываю взаимосвязь между научными исследованиями, культурными

ценностями, беспокойстве о морали и обустройством сна, характерном для западного общества. В статье выдвигаются конкретные биологические и физиологические доказательства, которые подтверждают мнения Sadeh and Anders(4, 5) и Anders (6) о том, как важно осознавать, что такое «уместный» младенческий сон, учитывая социальные и физические обстоятельства, в которых спит ребенок.

Для наглядности я отобрал разные данные, которые показывают, как культура влияет на родительские решения, в том числе и относительно организации сна. В свою очередь, решения родителей запускают каскад взаимосвязанных изменений, которые влияют на биологию и поведение членов семьи. Я думаю, что медики не справляются с задачей объяснить своим клиентам то, что детей можно растить по-разному, что существует больше, чем один подход к воспитанию детей. Я также считаю, что широко принятая сегодня модель исследований научно несостоятельна для того, чтобы включить альтернативы существующей модели сна (когда ребенка почти не кормят грудью или кормят искусственными заменителями грудного молока и малыш спит один). Разнообразие организации и обычаев сна сильно влияет на развитие младенческого сна в первые годы жизни. Идея о том, что организация сна влияет на развитие детского сна, идет вразрез с упрощенным культурным определением эволюции младенческого сна, которое подразумевается под широко принятой (традиционной) моделью.

Ни один другой вопрос, связанный с родительством, не был так часто неверно истолкован и грубо упрощен, как вопрос совместного сна родителя и ребенка. Новые данные в науке о совместном сне освещают, насколько часто культурная идеология и суждения (а также забота о морали) принимаются за научные данные. Например, данные об одиночно спящих младенцах на искусственном вскармливании до сих пор лежат в основе определений и исследований клинически «нормальных» циклов сна-бодрствования младенцев. Эти данные продолжают быть золотым стандартом, относительно которого родители и профессионалы оценивают развитие младенческого сна, несмотря на значительные контекстуальные различия, которые могут сделать такого рода сравнения необоснованными. Любая другая организация сна, какой бы здоровой она ни была, почти не рассматривается.

В статье представлены новые данные из области психологии, которые дают возможность предположить, что необходимость одиночного сна для развития «независимости» младенцев от родителей сильно переоценивается. Новые данные из области биологии указывают на факт, что исследователи младенческого сна недооценивают важность кормления грудью и близости матери в регуляции физиологии младенческого сна, и, таким образом, удовлетворения потребностей младенца в ночное время. Когда у нас есть данные о лишь одном виде организации сна и мы предполагаем, что существует всего один контекст развития здорового младенческого сна (т.е. одиночного), исследования педиатрического сна становятся заложниками западного этноцентризма.

В заключении я подчеркиваю, что для создания эффективного партнерства между родителями и медработниками в нашем многокультурном обществе, медицина педиатрического сна должна признать культурные предубеждения в области исследования сна в целом и клинических интерпретаций и рекомендаций в частности. Сегодня в западном обществе происходит невиданное ранее слияние культур. Клиническим практикам и исследователям особенно важно расширить горизонты мышления о том, из чего состоят обычаи уместного и желанного детского сна, потому что организация сна занимает значительное место в медицинской практике. Если не сделать этого сейчас, точность науки педиатрического сна и эффективность оказываемой медицинской помощи будет сильно ограничена.

2. Культура и детский сон

Более десяти лет назад Lozoff и ее коллеги описали, как важно влияние местной культуры, которая включает в себя ценности медработников и семьи, на младенческий и детский сон (1). Красноречивые цитаты в первых абзацах этой статьи указывают на решающую, если не основную, роль, которую играют личные убеждения, опыт и общественные ценности в педиатрических исследованиях. Влияние культуры заметно и в советах, которые дают родителям в ответ на их вопросы и переживания о детском сне ночью. В разных культурах существуют разные представления о том, как, где и почему должны спать младенцы и дети, а также о том, что такое «нормальный» сон и «проблемы со сном». (2, 7, 8) Этнографические исследования разнообразия обычаев сна важны, потому что эти данные позволяют установить, насколько человеческая биология и развитие сна подвержены внешним манипуляциям и контролю. Местные обычаи и традиции играют значительную роль в организации детского сна как в индустриальном обществе, так и в обществах охотников-собирателей. (9-14)

Даже внутри одного и того же общества структура младенческого и детского сна и социальные ценности и отношения, которые на нее влияют, неоднородны. Как следствие, существенные отличия неожиданно разделяют подгруппы общества. (15, 16, 17) Например, Anders and Taylor (8) отмечают, что не все в нашем обществе рассматривают неспособность младенца или ребенка проспать «всю ночь» в одиночестве как «проблемный сон». Большинство представлений о «проблемном сне» основываются на культурно построенных определениях и ожиданиях или определениях и ожиданиях самих родителей, а не на биологии человеческого детеныша. В реальной жизни эволюция младенческого сна проходит по невероятно разным сценариям в разнообразных семейных условиях, где младенческое питание и ночное родительство, родительские потребности и цели варьируются. В свою очередь, все эти составляющие кратко- и долгосрочно влияют на процессы развития. В то же время широкая общественность и профессионалы не обращают внимания на правомерность всех этих вариаций. Общество продолжает защищать и пропагандировать единственный вариант обустройства сна (cf. 18)

2а) Как социальные ценности и культурные цели влияют на обычаи младенческого сна?

Существование критической зависимости между культурными идеологиями, которые лежат в основе обычаев сна, и желаемыми результатами развития (даже когда они не достигаются), четко заметно при сравнении азиатских, гватемальских и американских ценностей, представлений о младенцах при рождении и желаемых результатах развития. Например, в Японии, где родители и дети спят вместе, ценятся взаимозависимость и групповая гармония. Christopher описывает это так: «почти у всех японцев есть глубокая уверенность, что индивидуальная удовлетворенность возможна только в групповом контексте, чувство, которое как и вкус к зависимости, совершенно очевидно уходит корнями в детские переживания» (19).

Американских детей учат полагаться на себя и проявлять индивидуальность, заставляя их спать в одиночестве. Японских детей учат «добиваться гармонии с группой», и, следовательно, спать с родителями. Эти наблюдения соотносятся с разными представлениями о «природе» новорожденного младенца, желаемыми результатами воспитания и предположениями о том, какая именно организация сна необходима для достижения этих результатов. Например, Caudill and Weinstein (20), которых цитирует Shand (21) утверждают следующее: «В Японии младенец рассматривается как отдельный от матери биологический организм, для развития которого ребенка с самого начала нужно вовлекать во взаимозависимые отношения с другими людьми. В Америке младенца считают зависимым биологическим организмом, который для его развития нужно сделать более независимым от других людей». Kawakami (23, цит. 24) описывает разницу между американцами и японцами так: «Отношения американской пары мать-дитя состоят из двух индивидов... Отношения японской пары мать-дитя состоят только из одного индивида, так как мать и ребенок нераздельны». Японские младенцы и дети обычно спят рядом с матерями на футонах, при этом наличие жилой площади мало влияет на такую организацию сна. В целом дети спят с отцом или другими родственниками до 15 лет (24, 25).

Подобно японцам матери племени Майя из Гватемалы не верят в отдельный сон младенцев, детей и родителей. Более того, даже взрослым гватемальцам так трудно спать в одиночестве, что при отсутствии родственников, одинокие гватемальцы нередко ищут друзей, с которыми можно вместе спать (24). Услышав, что американских младенцев заставляют спать самих по себе, женщины Майя выразили «шок, неодобрение и сожаление», а также посчитали этот обычай «равным пренебрежению родительскими обязанностями». (24) Подобная оценка сильно отличается от мнения Ferber из США, который пропагандирует, чтобы всех младенцев приучали к одиночному сну. В своей популярной книге *How To Solve Your Child's Sleep Problems* («Как решить проблемы со сном у ребенка») Ferber побуждает матерей, которые эмоционально склонны спать со своими младенцами, задуматься о собственном психическом здоровье. Он советует: «Если вы

предпочитаете спать с ребенком, внимательно разберитесь в своих чувствах...» (26)

Исследование гватемальских женщин (Майя) является одним из лучших кросс-культурных (сравнительных) исследований детского сна на сегодняшний день. Morelli и др. рассмотрел группу американских матерей, (белых) представительниц среднего класса и современных женщин племени Майя (Гватемала) и обнаружил, что все 14 матерей Майя спали в одной кровати со своими младенцами и 8 детей постарше спали с отцами. Ни один из младенцев в американской группе не спал с матерью на регулярной основе. Родители Майя уверены, что совместный сон родителей и детей – единственно «разумный» способ спать, в то время как американцы в выборке Morelli предпочитали спать рядом с новорожденными и младенцами в отдельных кроватях, «чтобы слышать, как они дышат» (24), при этом американцам было неудобно спать вместе детьми в одной кровати. По достижении детьми 3-6 месяцев, американские родители переставали думать о них как о незащищенных существах. Боясь помешать развитию независимости и автономии у ребенка, большинство американских родителей в наблюдаемой группе перемещали ребенка спать в отдельную комнату.

В другом исследовании, проведенном в Австралии, матери-иммигрантке из Вьетнама рассказали о синдроме внезапной детской смерти (СВДС). Женщина до этого никогда не слышала о подобном феномене. Она предположила, что «...обычай спать вместе с ребенком может предотвращать смерть. Если мать спит с ребенком, она никогда не спит глубоко. Она замечает изменения в дыхании. Младенцев нельзя оставлять одних.» Вдобавок в вышесказанному, другая мать из Вьетнама добавила: «Дети слишком важны, чтобы оставлять их без присмотра» (27).

Ученый Wilson (28) исследовал (на китайском) сорок китайских матерей в университетском роддоме Гуагжо. Более 66% опрошенных молодых матерей намеревались спать вместе новорожденными в супружеской кровати. Все матери в опрошенной группе планировали укладывать детей спать рядом со своей кроватью. Одна из опрошенных женщин высказала общее мнение многих участниц опроса: новорожденный «слишком мал, чтобы спать в одиночестве», и что «детям нравится спать вместе с родителями». Другая китайка сказала исследователю, что «...родительское дыхание влияет на младенца, и поэтому совместный сон полезен для ребенка», а также, что совместный сон позволяет матери «слышать малыша» и следить «не перегрелся или не переохладился ли ее ребенок». (28)

2b) Является ли формирование нравственности одной из функций сна?

Работа культурного психолога Shweder и его коллег из Чикагского университета удивит многих (второй абзац). Ученые четко объяснили, что забота о «нравственных качествах» (которые означают в данном контексте предпочтение/заботу об определенных человеческих качествах/поведении и результате в виде определенной личности/ характера) глубоко сидит в нашей культуре и отражает представления об уместной организации сна вне зависимости,

научны ли эти представления или основаны на народных поверьях (2). Кросс-культурные сравнения ученых выявили, что когда родители решают организовать сон определенным образом, они всерьёз озабочены, насколько нравственно допустима та или иная организация сна, а также руководствуются обычаями, которые, по их мнению, ведут к определенным нравственным чертам характера. По крайней мере изначально предполагается, что не только определенные «виды» обустройства сна приводят к определенными «типам» детей, но также являются отражением определенных «типов» родителей (например, хороших и нравственных), которых оценивает семья, друзья и общество в зависимости от того, в каком именно месте ребенок спит ночью (2, 29).

Shweder и его коллеги выявили, что забота о трех определенных нравственных вопросах руководит решением, где и с кем позволительно спать некоторым американским детям: священность и автономность (от детей) отношений между мужем и женой; видимость, что семья делает что-то для предотвращения инцеста; важность обучения детей быть независимыми и полагаться на себя путем насаждения одиночного сна младенца или ребенка.

Преобладание мнения о том, насколько важны вышеупомянутые нравственные качества в некоторых слоях американского общества, помогает разобраться, почему культурно обусловленные «народное» и научное понимание младенческого и детского сна часто перемешаны и подпитывают друг друга. В науке педиатрического сна, например, очень трудно разобраться, что именно о влиянии обустройства сна на супружеские отношения, развитие личности, уверенность в себе, независимость и/или общую удовлетворенность жизнью пересказывается родителям как научно доказанный факт, а что является не более чем личным суждением советчика (см. 18, 22).

Интересно заметить, что «нравственные» плоды, которые родители пытаются культивировать у своих детей, когда они выбирают определенную организацию сна, контрастируют и противоречат методам контроля сна, к которым родители прибегают для достижения определенных результатов. Например, американские родители одновременно с независимостью, самостоятельностью и/или автономностью, в среднем, стараются привить детям чувствительность, доброту, доверие и эмпатию (30) путем насаждения одиночного сна, который, в свою очередь, достигается сначала удалением от ребенка, а потом полным исключением кормлений и контакта с родителями в ночное время (26). Такого рода эмоциональный конфликт у родителей часто выражается непостоянством насаждения одиночного сна. Чередование некой формы совместного и раздельного сна – важный феномен, впервые описанный Madansky и Edelbrock как «ответный совместный сон» (31). Однако по наблюдениям ученых ответный совместный сон только усугубляет противоборство родителей и детей в области сна, и не решает проблемы со сном (31).

2с) Являются ли независимые, довольные жизнью, нравственные дети и взрослые результатом одиночного или социального сна? Правомочен ли этот вопрос?

Отсутствие систематических исследований о том, как приобретенные младенческие/детские черты характера связаны с рутинным обустройством сна, объясняет, почему общепринятое на Западе представление о том, как одиночный сон младенцев связан с ранней независимостью, неточно и вводит в заблуждение. Последние систематические исследования предоставляют доказательства, которые противоречат общепринятым представлениям об одиночном детском сне. Рассмотрим следующие данные:

*Одномоментное поперечное углублённое исследование Heron (17) выявило следующую тенденцию: дети, которые «никогда» не спали с родителями, были менее управляемы, менее счастливы и более склонны закатывать истерики. Более того, ученый обнаружил, что те дети, которым никогда не позволялось спать с родителями, были более пугливы, чем дети, которые всегда спали в родительской кровати всю ночь напролет (17).

*Опрос взрослых студентов колледжей Lewis and Janda (32) показал, что мужчины, которые спали со своими родителями в период от рождения до пяти лет, отличались значительно более высокой самооценкой, были менее подвержены чувству вины и беспокойства, а также отличались более высокой частотой половых контактов. Мальчики, которые спали вместе с родителями между шестью и одиннадцатью годами также отличались более высокой самооценкой. Среди женщин совместный сон в детском возрасте ассоциировался с меньшим дискомфортом во время физического контакта и проявлений нежности во взрослом возрасте. (В то время как эти качества могут основываться на отношении родителей к детям, полученные результаты совпадают с народными поверьями о том, что совместный сон имеет решающее долгосрочное влияние на психосоциальное развитие).

*Crawford (33) обнаружил, что женщины, которые спали с родителями в детстве, отличались более высокой самооценкой по сравнению с теми, кто не спал с родителями. Похоже, что совместный сон способствует развитию уверенности, самооценки и интимности, вероятно, отражая принятие ребенка родителями (Lewis and Janda 1988).

*В ходе исследования родителей 86 детей, проходящих лечение в клиниках педиатрии и детской психиатрии (в возрасте от 2-13 лет) при военных базах (дети военного персонала) было выявлено, что учителя более высоко оценивали детей, которые спали с родителями. Основная группа психиатрических пациентов состояла из детей, которые спали в одиночку. Авторы исследования утверждают: «Вопреки ожиданиям, среди детей, которые никогда раньше не обращались за профессиональной помощью по поводу эмоциональных и поведенческих проблем, было больше детей из семей, где практикуют совместный сон. Одиночно спящие дети чаще обращались за психиатрической помощью, а также ниже оценивались

родителями в области адаптивной функциональности. Подобные данные были обнаружены и среди мальчиков, которых можно назвать «Эдиповыми победителями» (например, мальчиков трех лет и старше, которые спали с матерями в отсутствие отцов). Эти данные противоречат традиционной аналитической теории» (16).

*В Англии Негон (17) выявил, что одиночно спящие дети менее управляемы (по отзывам родителей), тяжелее переносят неудачи, а также более зависимы от родителей, чем совместно спящие дети!

*В самом большом и систематическом исследовании на сегодняшний день, в котором изучались пять разных этнических групп из Чикаго и Нью-Йорка численностью 1400 человек, Mosenkis (34) нашел намного больше положительных примеров взрослых среди тех, кто спал вместе с родителями в детстве, среди практически всех этнических групп (Афроамериканцев, пуэрториканцев из Нью-Йорка и пуэрториканцев, доминиканцев и мексиканцев из Чикаго). Среди всех групп, которые исследовал ученый, особенно четко вырисовалось одно качество: взрослые, которые спали с родителями в детстве, единогласно выразили общее удовлетворение жизнью.

Однако самое главное открытие Mosenkis состояло не в определении причинной связи между обустройством сна в семье и взрослыми качествами характера или мироощущением, а в том, что интерпретация «результата» совместного сна должна рассматриваться в контексте каждой определенной культурной среды и внутри матрицы отношений, которая окружает совместный сон. В целом, совместный сон в детстве не имеет прямой или простой корреляции ни с каким определенным качеством характера или мироощущением. Автор исследования пришел к заключению, что у совместного сна нет единой функции. В то же время, совместный сон в детстве взаимодействует с целым рядом культурных, социальных и развивающихся характеристик родственных отношений (34). Совместный сон является одной из составляющих большей системы отношений, которая влияет на черты характера взрослого человека (34).

2d) Поверья о последствиях нетрадиционной организации сна: наука или религия?

Судя по распространенному мнению, научные доказательства о том, достоверны ли предсказания о результатах того или иного обустройства сна не нужны, при условии, что люди верят в то, во что они верят, или что обещанные результаты отображают, дополняют или каким-то образом поддерживают преобладающие ценности и цели, которые изначально послужили причиной определенному обычаю. Например, существует мнение, что одиночный детский сон воспитывает более независимых детей, в противовес совместному сну, когда дети спят вместе с родителями. Проблема кроется в том, что ни одно исследование на сегодняшний день не дало определения понятию «независимость» и как ее измерять. А если независимость можно измерить или если предположить, что независимость можно

воспитать в раннем возрасте, можно ли определить причинную связь между этой чертой характера и удовлетворенностью жизнью, компетенцией и ощущением счастья у детей? Ни в одном исследовании не было выявлено, способствует ли умение спать самостоятельно всю ночь напролет в раннем возрасте появлению других навыков или черт характера, которых нет у младенцев и детей, не спящих в одиночку.

Обсуждение нетрадиционного обустройства сна сводится к обмену предположениями, в то время как научных доказательств того или иного предположения не существует. Например, бытует мнение, что совместный сон усугубляет проблемы сна у родителей и детей. Это мнение верно лишь если родители не ценят совместный сон, например, разрешая ребенку спать с ними только тогда, когда проблемы со сном уже «цветут буйным цветом». Hayes и др. (35) изучали совместный сон среди группы из 51 ребенка трех-пяти лет и обнаружил, что в подгруппе детей, которые плохо спали, 50 детей из 51 спали отдельно от родителей, а именно, все дети, у которых по определению самих родителей, развились нарушения сна, с самого рождения спали в отдельной от родителей кровати. Нужно заметить, что даже когда родители, спящие вместе с детьми, жалуются на проблемы со сном, это вовсе не означает, что решением этих проблем будет отдельный сон родителя и ребенка.

Функции обустройства детского сна, одиночного или совместного, меняются по мере взросления (36, 37), и/или по мере изменения обстоятельств. Например, физиологические последствия совместного сна матери с месячным ребенком кардинально отличаются от физиологических последствий совместного сна той же самой матери с тем же ребенком, но спустя тринадцать месяцев, когда когнитивная и психологическая системы ребенка гораздо более зрелы. Тело матери стимулирует или запускает механизмы регулирования температуры тела месячного ребенка, его дыхания, циклов пробуждения, уровня кортизола и архитектуры сна. Все это крайне важно, учитывая, что ребенок рождается неврологически незрелым и медленно созревает вне утробы (38-41). В два, пять или тринадцать лет на первый план выходят психологические аспекты совместного сна: то, как дети активно интерпретируют эмоции и родственные отношения во время совместного сна. Физиологическое влияние в то же время уменьшается. Полезные, безвредные или пагубные последствия обустройства сна (в любом данном возрасте) будут зависеть не просто от места сна, но и от социального значения и психологического содержания отношений участников. Социальная значимость и качество отношений находят выражение в семейных взаимодействиях. Обустройство сна в этом контексте отражает и составляет лишь малую часть этих отношений. При обсуждении потенциальной ценности нетрадиционного обустройства сна, особенно совместного, чаще всего отсутствуют аналитические отличия обстоятельств сна (42).

3. Откуда возникло общепринятое западное понимание «здорового и нормального» младенческого и детского сна. Есть ли разница между разными способами обустройства сна?

Трудно удержаться от высказывания, основанного на понятии культурного релятивизма о том, что вне зависимости от того, как и где спят младенцы и дети, каждая из культурно обусловленных стратегий равноценна и правильна. Такой упрощенный взгляд ошибочен по нескольким пунктам. Во-первых, он предполагает, что все родители во всех обществах довольны тем, как спят дети, а также, что родители и дети хорошо высыпаются вне зависимости от того, где и как они спят. Несмотря на то, что трудно провести кросс-культурные сравнения по всему миру, у многих антропологов сложилось мнение, что в целом родители в западных индустриальных культурах значительно менее довольны тем, как спят их дети, по сравнению с родителями в других культурах. Антропологи также замечают, что в индустриальных странах гораздо более беспокойные и стрессовые обстоятельства ночного сна младенцев и детей (43, 44).

Второе заблуждение заключается в том, что в любом обществе, включая наше, во всех случаях появляется стратегия управления сном, которая подходит абсолютно всем, и что эта стратегия оптимальна для всех, т.е. самая подходящая с точки зрения здоровья, или что она всегда совместима с кратко- или долгосрочными потребностями младенца. Например, выбор того или иного способа воспитания, которое учитывает интересы родителей, необязательно учитывает интересы ребенка (40). Даже принимая во внимание факт, что современный стиль жизни и/или современный уровень развития техники позволяет эффективно заместить живой родительский уход (контакт, защиту и поддержку), не стоит забывать предупреждение Брунера «было бы ошибочно сделать вывод, что незрелость человека делает его более гибким для изменений в более старшем возрасте, что человек как вид в природе может приспособиться ко всему... мы ошибемся, если решим, что человеческая способность к адаптации неограничена (45). Еще одно слабое место релятивистского взгляда заключается в ошибочном убеждении, что внутри любого общества у всех семей одинаковые стремления и ценности, и что предпочитаемый обществом или «идеальный» сон тождествен организации сна на самом деле, на практике в жизни. Сегодня у нас есть доказательства, что особенно в США и Великобритании существует гораздо большее разнообразие в способах организации сна, чем когда-либо признавалось (16, 46, 47, 48).

Очевидно то, что каждая культура уникальна, и что должна существовать некая совместимость между поведением семьи и обществом, в котором они живут. Я критикую сообщество ученых в области педиатрического сна, которые не поддерживают или косо смотрят на родителей, которые спят и кормят детей не так, как спят и кормят своих детей сами врачи. Хочу обратить особое внимание на то, что к сожалению, «наука» о младенческом сне большей частью игнорирует важность присутствия матери как биологического регулятора младенческого сна во время его развития в условиях адаптивного комплекса совместного сна в сочетании

с кормлением грудью. Я уверен, создавшееся положение мешает полному пониманию физиологии и развития младенческого сна, и, как следствие, полного понимания этиологии многих расстройств сна у детей и родителей. Как специалист в области младенческого и детского сна я не пропагандирую какой-то один способ обустройства сна. Напротив, я и мои коллеги предлагаем посмотреть на вопрос так, чтобы дать толчок другим исследованиям и вариантам анализа. Я думаю, что эволюционная перспектива служит более объективным контекстом для понимания, как именно младенец реагирует на разнообразные культурнообусловленные обстоятельства сна. (49-51. Эволюция служит своеобразным концептуальным инструментом, с помощью которого можно проследить, как социальные факторы стали преобладать и влиять на биологию и развитие младенческого и детского сна (42). Антропологи, которые проводят исследования в рамках эволюционной теории, находят, что младенческий сон развивался в непрерывном контакте с матерью, который включает ночные кормления грудью по инициативе ребенка(52,53). Этот факт позволяет нам утверждать, что для понимания общечеловеческой модели циклов сна и пробуждения у младенцев и архитектуры сна, младенческий сон надо изучать в условиях, которые похожи на «среду приспособляемости» (54) .

В западной культуре, как было описано выше, практикующие врачи продолжают настаивать на правомерности только одной формы сна, т.е. одиночного. Все способы управления детским сном сводятся к как можно более раннему уменьшению контакта с родителями и уменьшению кормлений в ночное время. Широко распространены советы «не позволять детям привыкать засыпать во время еды, в том числе и во время кормления грудью», «не приучать ребенка засыпать, когда родитель успокаивает и ласкает ребенка». Эти советы в корне противоречат самому контексту эволюции младенческого сна по отношению к родительским эмоциям. На сегодняшний день в США все больше детей кормят грудью. Если засыпание у груди так широко распространено, и, как оказывается, биологически правильно, если верить данным кросс-культурных исследований, текущие рекомендации по организации сна не только не подойдут, но даже будут мешать многим матерям.

Современные рекомендации легко понять, если принять во внимание в каком культурном и историческом контексте зародилась наука о младенческом сне на Западе. Медработники изо дня в день сталкиваются с родителями, которым нужно просто и доходчиво объяснить, как решить текущие проблемы одиночного детского сна. Таким образом, опыт медиков чаще всего окрашен и ограничен работой с семьями в кризисных ситуациях. Врачи почти не встречаются с описаниями неодинокных моделей сна, которые не только работают, но и успешны. Далее стоит упомянуть, что первые исследования младенческого сна проводились в 50-60-е годы 20 столетия, когда женщины почти перестали кормить грудью, а совместный сон считался чем-то ужасным и неприличным. Следовательно, если ни совместный сон матери и ребенка, ни кормление грудью не считались допустимыми ни с биологической, ни с культурной точки зрения, ученые естественно приняли одиночно спящих детей на искусственном

МакКенна. Влияние культуры на младенческий сон.

вскармливания в лабораторных условиях за здоровую норму.

3а) Традиционная парадигма исследований сна не подходит для широкого разнообразия обустройства сна в жизни

«Существуют гипотезы, что прогрессивная организация ночного сна и пробуждений в младенчестве отображает интеграцию врожденных наклонностей ребенка (темперамент) в процессе взаимодействия с многочисленными ситуациями, возникающими вокруг него. Такие контекстуальные отношения опосредованы первичными отношениями младенца, которые отличаются от, но исходят из социальных отношений ребенка с матерью или ее эквивалентом» (6). В вышеупомянутой цитате Anders (6) предполагает, что сценарии развития «нормального» младенческого сна сильно разнятся и сопряжены с контекстуальными процессами вокруг ребенка. Например, процессы, которые вовлекают факторы взаимодействия в семье, которые характеризуют природу и структуру взаимодействий социальных отношений между каждым из родителей с младенцем или ребенком в течение дня (58). Если исследователи и практики всерьез отнесутся к предложенной Anders (6) и Sadeh and Anders (4) «транзакционной» модели, которая делает возможным революционный подход к изучению и пониманию развития младенческого сна и для создания всеохватывающей парадигмы, которую я и описываю в этой главе.

Действительно, транзакционный подход далее развивает идею Lozoff и коллег. Такой подход с самого начала определяет, что развитие «нормального» младенческого сна может отличаться в разных культурных подгруппах, но также от ребенка к ребенку, в зависимости от взаимодействия внутренних и внешних переменных, которые оказывают влияние на каждый развивающийся организм. Внутренние факторы могут включать (но не ограничиваются только этими факторами) младенческий темперамент, скорость роста и неврологическое состояние (врожденные потребности) при рождении. Внешние факторы, с которыми взаимодействуют внутренние, могут включать следующие обстоятельства: ребенка кормят грудью или смесью из бутылки, ребенок сосет грудь, когда ему нужно или родитель насаждает ему определенный режим(60), ребенок спит в одной кровати или одной комнате с родителями или в отдельной комнате в одиночестве (61, 62), ребенок спит на спине, боку или на животе (63), к ребенку подходят ночью или родители стараются ограничить любой контакт с ребенком (17), единственный ли это ребенок или у него есть братья и сестры. Все эти и другие факторы могут заметно изменить траекторию развития младенческого сна.

Harkness et al (64) указывает на то, что традиционные теоретические модели, объяснения, и клинические терапии младенцев с диссомниями и парасомниями все еще основываются на идее, что онтогенез или созревание младенческого сна, если выразится простым языком, достаточно предсказуем и проходит без сучка и задоринки. Такого рода источники считают, что изменения в архитектуре младенческого сна, в особенности переход от преобладания активного сна к

преимущественно спокойному сну, следует по организованной схеме, которая регулируется эндогенными механизмами. Например, стабильный «взрослый» сон устанавливается в течение первого года жизни. Младенец спит дольше и дольше (относительно беспробудно), и у него преобладает более глубокий сон (дельта-волны), который предположительно свидетельствует об увеличении уровня «целостности и зрелости» центральной нервной системы (64). И вправду, способность младенца самостоятельно заснуть после кратковременного пробуждения во время сна (самоуспокоение) и способность «спать всю ночь» в как можно более раннем возрасте при минимальном участии родителей до сих пор является вехой развития, по которой оценивают и младенцев, и их родителей даже в случаях, когда сами родители не считают способность «спать всю ночь» чем-то важным. Использование такого рода критериев для оценки «прогресса развития» может скорее навредить, чем помочь, особенно, если практические условия сна отличаются от условий сна, для которых предназначена такая оценка.

3b) Биологическое значение культурно обусловленного «выбора» обустройства сна и практического осуществления этого «выбора» для ребенка. Изменение детского «нормативного» развития сна.

Положение ребенка во время сна и подверженность синдрому внезапной детской смертности (СВДС)

Давайте посмотрим насколько физиология, здоровье и поведение младенца во время сна подвержены влиянию культурно обусловленных решений о том как, где и с кем (если вообще с кем-то) должен спать ребенок. В то время как Lozoff и ее коллеги и намекали на то, что культура влияет на сон, они даже не могли предположить, насколько особенности организации младенческого и детского сна влияют на развитие и физиологию ночного сна, в том числе и на вероятность смерти ребенка от СВДС. Более того, положение ребенка во время сна оказалась самым важным и единственным фактором в снижении вероятности детской смерти от СВДС (65), хотя причины повышенного риска до сих пор неизвестны. Сон на спине, а не на животе, мог бы снизить СВДС смертность на 90% в некоторых странах – открытие, которое потрясло исследователей СВДС во всем мире (66). Рекомендация укладывать детей спать на живот возникла из широко принятого убеждения, что сон на животе способствует дыханию и сну у недоношенных детей. На этом основании решили, что то же самое должно сработать и для доношенных детей. Помимо этого, врачи боялись, что сон на спине может привести к тому, что ребенок подавится из-за желудочно-пищеводного рефлюкса. Все это в комплексе привело к рекомендации укладывать детей спать именно на живот (67). Развиваются ли механизмы пробуждения, необходимые для защиты младенцев во время респираторного кризиса, по той же самой схеме, что и неврологические механизмы, которые отвечают за более длительные промежутки глубокого сна (дельта-волны, стадии 3 и 4)? Этот вопрос тесно связан с темой подверженности СВДС (68). Более двадцати лет назад ученые Douthitt and Brackbill (69) обнаружили, что новорожденные спят дольше и глубже, если их положить на живот. Недавно эти данные подтвердились в исследовании Kahn и др (70): по

сравнению с детьми, которые спят на животе, дети, которые спят на спине, просыпаются чаще, кроме того, у них в два раза повышена моторная активность во время сна. Легко понять, почему данные двадцатилетней давности послужили доказательством того, что детям нужно спать на животе – цель и родителей, и медработников в западных обществах была и остается поощрять сон, а не пробуждения. Однако существует предположение, что некоторые дети умирают от СВДС именно из-за того, что не могут проснуться достаточно легко или быстро, чтобы остановить кардио-респираторный кризис во время сна, особенно во время глубокого сна, когда порог пробуждаемости выше (68). Это открытие дает основание предположить, что сон на спине безопаснее именно потому, что увеличивает пробуждаемость и моторную активность, сопряженную с ним, несмотря на то, что это вступает в конфликт с культурной практикой поощрения «глубокого» сна среди младенцев как можно раньше после рождения.

Существуют и другие «социальные» предостережения в сфере родительского влияния и контроля, которые снижают риск СВДС. Mitchell (71) обнаружил, что присутствие ответственного взрослого, который спит в той же комнате, что и младенец, в четыре раза снижает вероятность умереть от СВДС. Защитное влияние не распространяется на совместный сон с братьями и сестрами. Это открытие наталкивает на идею о том, насколько важную роль играет ответственный воспитатель, чтобы снизить вероятность смерти от СВДС. Данные исследования Mitchell подтверждаются самым большим британским эпидемиологическим исследованием на сегодняшний день: дети, которые спят сами по себе в отдельной комнате, а также дети, которые спят с курящими матерями, больше подвержены риску умереть от СВДС. Другие факторы риска включают сон на мягких матрасах, перегревание ребенка от укутывания, а также укрывание головы ребенка одеялом во время сна. Все эти данные иллюстрирует прямое влияние родительского вмешательства на физиологию младенческого сна (см. Fleming).

Как способ кормления влияет на младенческий сон.

Характер ночного сна грудных детей значительно отличается от детей, которых кормят смесью. В свою очередь, сон детей, которых кормили грудью год и дольше, развивается иначе, чем сон детей, которых кормили только первых три месяца (15). Oberlander и др. (72) нашел, что сон новорожденных сразу после кормления увеличился на 46%, когда их кормили только смесью на коровьем молоке, и на 118 % по сравнению с кормлением водой или только углеводами. Помимо этого, последние опросы компании Ross выявили, что 62% современных матерей в США кормят грудью по выписке из роддома (57). Дополнительные данные указывают на то, что матери-выходцы из стран Латинской Америки кормят грудью как минимум дважды ночью, от полуночи до утра (59).

Ранние данные о младенческом сне основывались исключительно на данных о детях, которых кормили только искусственными смесями или коровьим молоком из бутылок. Это создает проблемы как минимум для пятидесяти процентов современных детей на грудном вскармливании в США. И хотя к шести месяцам

кормящих остается только 26% женщин, число кормящих в США продолжает расти (59). Это особенно значимо, т.к., помимо разницы в характере сна при разных способах кормления (грудь против коровьего молока из бутылки), близость к матери во время сна также влияет на частоту и продолжительность кормлений (59). Материнская близость во время совместного сна в одной кровати в сочетании с кормлением грудью особенно сильно изменяет архитектуру ночного младенческого сна, включая пробуждения и периоды сна. Таким образом, модели развития младенческого сна в первый год жизни, которые не учитывают способ и частоту кормлений в отношении к обустройству сна, не подходят многим детям.

Более двадцати лет назад Наггер и др. (73) выдвинул аргумент, что поведение, связанное с кормлением детей, недооценено как фактор, который регулирует физиологию и архитектуру младенческого сна. Большинство педиатрических исследований сна не учитывают частоту и способ кормления детей. Например, ученый и его коллеги выявили, что у вскармливаемых из бутылки одиночно спящих младенцев увеличилась вероятность периода сна с быстрым движением глаз (БДГ), который следует за периодом бодрствования, связанного с кормлением. Эти данные соответствуют результатам исследований мелких млекопитающих. Ученые предположили, что т.к. БДГ-сон и спокойный сон последовательно следуют друг за другом, изменение относительного распределения БДГ-сна повлекло за собой изменение вероятной последовательности сна. Лабораторные исследования детей на искусственном вскармливании показали, что кормление влекло за собой цикл БДГ-спокойного сна, в котором процент БДГ-сна увеличивался сразу после кормления, а потом резко падал 20 минут спустя, а процент глубокого сна соответственно увеличивался. Ученые пришли к выводу, что «...интерпретация поведения взаимодействия между матерью и ребенком должна учитывать способ кормления, а именно, что насыщение играет важную роль в регуляции интеграции состояния и кардиологического ответа» (73).

«Выбор» обустройства сна сильно влияет на частоту кормлений грудью, общую продолжительность ночных кормлений и средний интервал между кормлениями. Например, среди 70 почти исключительно кормящих грудью матерей-выходцев из стран Латинской Америки с детьми возраста 2-4 месяцев, которые спали вместе в одной кровати, средний интервал между кормлениями составлял полтора часа, а когда они спали в разных комнатах (которые находились достаточно близко) – интервал между кормлениями увеличился вдвое (до трех часов). Помимо этого, во время совместного сна дети сосали грудь в два раза чаще и общая продолжительности сосания была в три раза больше, чем когда они спали отдельно (59).

Такая разница в кормлении является частью более широкого комплекса отличий, каскада взаимозависимых изменений, вызванных присутствием матери. Совместный сон изменил не только поведение кормления в предполагаемой гомогенной группе кормящих грудью пар мать-дитя, но и схему материнского и младенческого пробуждения (75), архитектуру сна (61), положение матери и ребенка в кровати (77), младенческое респираторное поведение (78) и почти

каждый основной параметр, имеющий значение в понимании физиологии младенческого и материнского сна (см. Диграммы 1 и 2, а также обсуждение ниже). Младенческие и материнские пробуждения, временные соответствия и архитектура сна среди пар мать-дитя, которые спят в одной кровати и практикуют одиночный сон. «Нужно разработать отдельные нормативные данные для младенцев, которые спят в одной кровати с матерью. Существующие нормы младенческого сна должны быть пересмотрены с учетом культурного контекста, в котором они возникли» (61).

Мы провели три исследования одной из форм совместного сна, сна в одной кровати, во время которых использовались стандартная полисомнография и инфракрасная фотография. Мы подсчитали различия в поведении и физиологии пар мать-дитя во время совместного и раздельного сна. Полученные данные указывают на значительное количество временных соответствий между переходными (котороткими) и более длительными, эпохальными пробуждениями у совместно спящих пар (75). Мы также заметили, что совместно спящие пары мать-дитя отличаются большим совпадением всех стадий сна (т.е. стадий 1-2, 3-4, и REM). Такая синхронизация сна неслучайна; синхронизация сна отсутствовала при сравнении циклов сна и пробуждения у детей и произвольно выбранных матерей, которые спали раздельно (50, 79).

Результаты самого крупного исследования показывают, что в общем, совместный сон способствует небольшим переходным пробуждениям младенцев (зарегистрированных ЭЭГ). Это утверждение верно даже для детей, которые обычно спят с матерью, но оказались в условиях одиночного сна. Такие дети все равно проходят через периоды временного пробуждения чаще, чем дети, которые обычно спят одни (75). Помимо этого, во время совместного сна снижается количество времени за один эпизод сна, которое ребенок проводит в стадии глубокого сна (стадии 3-4), увеличивается количество сна в стадиях 1 и 2, а также увеличивается общая продолжительность сна (61) за счет того, что младенцы, которые спят с матерями, плачут гораздо меньше по сравнению с ночами, когда они спят раздельно (51).

В ходе исследований мы также отметили высокую степень осознания присутствия детей в кровати у матерей, которые регулярно спят с детьми. А именно, что по сравнению с матерями, которые спят с детьми, матери, практикующие одиночный сон, испытывают гораздо меньше эпизодов перехлестывающихся пробуждений (во время которых ребенок просыпается первым). Это указывает на то, что матери, практикующие совместный сон, не приучают детей спать с ними, а, наоборот, проявляют большую чувствительность к поведению своих детей (75).

В тоже время матери, регулярно спящие вместе с детьми, просыпались и кормили детей чаще во время совместного сна, но в среднем спали столько же, сколько одиночно спящие матери. Также регулярно спящие вместе с детьми матери оценили опыт-практику совместного сна (в лаборатории) по крайней мере также

МакКенна. Влияние культуры на младенческий сон.

позитивно, как и регулярно спящие в одиночку матери после ночи, когда они спали в обычных условиях сна без детей (76).

В целом, эти документированные различия между условиями совместного и одиночного сна наталкивают на предположение о том, что регулярное присутствие или отсутствие матери в постели с ребенком должно сильно влиять на развитие младенческого сна в первый год жизни. И эта «нормативная» траектория развития сна не представлена традиционной научной парадигмой.

Регулирует ли культура (совместного сна) дыхание младенца?

В том же самом исследовании Richard et al (78) продемонстрировали что решение спать с ребенком в одной кровати или отселить его в отдельную комнату влияет на разницу в характере ночного дыхания у младенцев. Например, по сравнению с одиночным сном, для совместного сна более характерны больше эпизодов центрального апноэ, меньше обструктивных апноэ, и больше периодического дыхания. Во время совместного сна в лабораторных условиях, вне зависимости от рутинной организации сна дома, младенец испытывает больше эпизодов центрального апноэ в течение 1-2 стадий сна и поверхностного БДГ-сна. Во время совместного сна, среди детей, которые обычно спят отдельно от матерей, учащаются эпизоды центрального апноэ в 1-2 и БДГ стадиях сна. Среди детей, которые обычно спят одни, во время сна в одной кровати с матерью увеличилась частота самых коротких апноэ (3-5.9 секунд) в 1-2 стадиях сна. Среди детей, которые обычно спят с матерями, увеличились апноэ продолжительностью в 6-8.9 секунд во время БДГ сна, а также апноэ в промежутке 9-11.9 секунд во время 1-2 стадиях сна. Количество эпизодов обструктивных апноэ, наоборот, уменьшилось во время совместного сна, но только среди детей, которые обычно спят в одиночку и отличались низкой частотой таких эпизодов в целом и в частности в стадиях сна 1-2 и БДГ (78). Количество периодического дыхания значительно увеличилось в условиях совместного сна. Дети, которые регулярно спят вместе с матерью, отличаются более высокой частотой эпизодов периодического дыхания, а также более длительной средней продолжительностью таких эпизодов, особенно в стадии БДГ-сна. Дети, которые обычно спят одни, в лабораторных условиях совместного с матерью сна испытывали учащение периодического дыхания только во время 3-4 стадий сна (78).

Социальные факторы, которые определяют общую продолжительность и длительность средних отрезков младенческого сна.

Этнографические исследования младенческого сна в разных условиях подтверждают насколько сильно взаимодействие между эндогенными механизмами регуляции у младенца с поведением родителя. Совершенно очевидно, что в реальной жизни по сравнению с лабораторией общее количество младенческого сна в сутках меняется в зависимости от внешних, а не внутренних факторов. Например, в недавнем лонгитюдном исследовании детского сна в домашних условиях сравнили 36 американских детей от рождения до 36 месяцев из

г.Кембридж, штат Массачусетес с детьми от 6 месяцев до 8 лет из 66 голландских семей из окрестностей Амстердама и Лейдена (Harkness,64). Анализ основывался на родительских записях. В ходе исследования было обнаружено, что голландские дети спали на два часа больше (15 против 13), чем американские, а также, что проблемы со сном, характерные для американских родителей, были неведомы голландцам (64). Авторы исследования объяснили эти различия между характером сна американских и голландских младенцев следующим образом. Основы голландского родительства покоятся на столпах “трех R”: rust (отдых), regelmaat (регуляция) and rein held (чистота). Три R представляют комплекс социальных ценностей, на которых основывается и какими оправдывается контекст одиночного и продолжительного сна. Harkness и др.(64) описывают идеи и «этноисторию», которыми руководствуются голландские родители в воспитании детей. Например, голландцы думают, что детям нужно много спать, а также, что нужно избегать чрезмерно стимулировать детей днем и ночью. Детей укладывают спать очень рано. Помимо этого, в отличие от американцев, голландцы не волнуются о том, достаточно ли стимулируется детский интеллект днем. Они, напротив, обеспокоены чрезмерной стимуляцией детей днем, которая может мешать детям спать ночью (64).

В исследовании Elias и др. (15) сравнил развитие сна младенцев у матерей со стандартным подходом к материнству (которые был определен как соответствующий рекомендациям Др.Спока по уменьшению кормлений и контакта с матерью ночью) и матерей, которые практиковали уход, рекомендованный Ла Лече Лигой, международной здравоохранительной организацией, которая пропагандирует продолжительное грудное вскармливание, физический контакт с матерью и совместный сон. Среди младенцев, которые получали стандартный минимальный контактный ночной уход, средний максимальный отрезок сна увеличился от в среднем 6.5 часов в 2 месяца до 8 часов в 4 месяца и до более чем 8 часов в течение второго года жизни. Среди детей матерей Ла Лече Лиги(ЛЛЛ) в 2 месяца самый длинный средний период сна был 5 часов, и только после 20 месяцев самый длинный период сна увеличился до более чем 5 часов. По сравнению с продолжительным отрезком сна детей со стандартным уходом, дети у матерей ЛЛЛ спали более короткими отрезками и чаще просыпались ночью.

Помимо разницы в продолжительности отрезков сна, общая продолжительность сна в сутки отличалась у двух групп детей. Дети в группе Ла Лече Лиги спали в общей сумме 15 часов в сутки в 2 месяца, 12.5 часов в 4 месяца, и немногим больше 11 часов к двум годам. Дети со стандартным уходом спали по 13-14 часов в сутки на протяжении всего двухгодичного периода наблюдения (15). Elias и др. сделали вывод, что статус кормления и отлучения от груди имеют огромное влияние на развитие характера сна. В исследовании эти два фактора были причиной 67 процентов колебаний в продолжительности отрезков сна (см. также 80, 81).

Эти данные сопоставимы с данными из исследованиях о детях из других культур, где родители спят с детьми и практикуют уход и кормление в ночное время,

похожие на уход матерей, который рекомендует Ла Лече Лига. Например, ученые Super and Harkness (43) выявили, что в течение первого года и дольше существует значительная разница между ночным поведением детей племени Кипсигис в Кении и детей из Лос-Анджелеса в США. В течение восьми лет ученые документировали данные о циклах сна-пробуждения и схеме питания десяти младенцев из племени Кипсигис в определенные дни в течение суток. Данные для сравнения с детьми из Лос-Анджелеса были предоставлены Parmelee, Wenner and Schultz (82). Дети из племени Кипсигис сосали грудь на протяжении всей ночи, спали рядом с матерями в однокомнатных хижинах. Американские дети спали в одиночестве в отдельных комнатах или кроватях. В то время как американские дети спали в среднем 8 часов ночью к 16 неделям, кипсигисские дети просыпались каждые 3-4 часа до 8 месяцев, возраста когда исследование завершилось. Также было обнаружено, что к 3-4 месяцам американские дети спали на два часа в сутки дольше (43).

Сосание пальца и транзиторные объекты

Winnicott (83) первый описал использование детьми «вспомогательных средств для засыпания» как составляющую процесса, во время которого дети учатся засыпать самостоятельно. В отсутствие родителя или человека, к которому ребенок привязан, маленький ребенок находит «особый предмет» (одеяло, любимую игрушку, плюшевую зверушку), которому приписываются особые качества. Эти предметы успокаивают маленького ребенка, если он просыпается или когда он засыпает (4). В западных культурах транзиторные объекты настолько распространены, что современные психологические модели развития детей предполагают, что их использование является естественной стадией развития ребенка. Использование транзиторных объектов не является повсеместной практикой, а зависит от социального контекста отхода детей ко сну и пробуждения ото сна. В своем обзоре Wolf and Lozoff (84) сообщают, что среди американских детей возраста 1-3 лет (средний возраст 21.7 мес), которые засыпали в присутствии взрослого, гораздо меньше случаев сосания пальцев или использования «предметов привязанности» (одеяло или кукла), привычки, которые дают чувство безопасности в отстутствии родительского контакта.

В Японии и Корее, где совместный сон родителей с детьми является нормой, дети не сосут пальцы ночью и не используют транзиторные объекты. Одним из самых убедительных доказательств того, что сосание пальцев это результат одиночества среди маленьких детей, является исследование турецких детей, 96% которых сосали пальцы от года до 7 лет. Этим детей оставляли спать в одиночестве. А все дети, которые не сосали пальцы (большинство в выборке для исследования) имели какую-либо форму физического контакта со взрослыми во время засыпания в младенчестве, такую как держание на руках или кормление грудью. Даже в американской выборке, если родители укладывали детей спать, дети с меньшей вероятностью сосали пальцы по сравнению с детьми, которые засыпали в одиночестве. (85, 86, ссылка в 84).

Среди современных Майя не существует никаких особых приготовлений ко сну,

ритуалов или специальной одежды для сна. Дети Майя почти никогда не прибегают к использованию транзиторных объектов при засыпании. Младенцы засыпают или на руках у матери, или во время сосания груди. Лишь один ребенок, по наблюдениям Mogelli и др. (24), пользовался особым предметом во время засыпания. Ученые объясняют это тем, что дети Майя засыпают с людьми, которые проводят с ними время днем, и «никакие уговаривания не нужны для того, чтобы младенец уснул» (24).

Культура, включая и медицинские взгляды, влияет на родительские решения: в каком положении и где спит ребенок, как, чем, когда и как часто его кормят, будет ли ребенок спать один или с матерью, а также на родительские представления об уязвимых местах и слабостях детей. В свою очередь, родительские решения влияют на поведение и физиологию младенческого сна. Это включает архитектуру младенческого сна, пробуждения, чувствительность к присутствию матери, дыхание, количество кормлений, количество сна, продолжительность плача в ночное время, сосание пальцев и использование транзиторных объектов. Наличие этих документированных и взаимозависимых эффектов поддерживает «транзакционную модель», предложенную Anders (6), которая рассматривает характер младенческого сна через призму «транзакций» между внешними и внутренними факторами. Anders выдвигает гипотезу «что прогрессивная организация ночного сна и пробуждений в младенчестве отображает интеграцию врожденных наклонностей ребенка (темперамент) в процессе взаимодействия с многочисленными ситуациями, возникающими вокруг него. Такие контекстуальные отношения опосредованы первичными отношениями младенца, которые отличаются от, но исходят из социальных отношений ребенка с матерью или ее эквивалентом».

Как одиночный детский сон и негибкие родительские ожидания влияют на сложности вокруг младенческого и родительского сна

Биология младенческого сна меняется гораздо медленнее, чем культурные ценности, которые влияют на нее. Это наталкивает на предположение, что оптимальные условия младенческого сна могут совсем не поощряться культурой, в которой обитает семья младенца. И вероятно, что широко принятые способы регуляции младенческого сна подходят для какой-то группы младенцев и детей и совсем не подходят для другой, которая отличается эмоционально и физиологически. Более того, некоторые семьи могут начать примерять широко принятые нормы развития сна на своих детей, когда в их ситуации эти нормы могут быть совершенно неприменимы. Это, в свою очередь, может привести к выводам о собственной некомпетентности как родителей или же к разочарованию ребенком, который отказывается соответствовать этим нормам. Именно такая ситуация складывается в таких развитых странах, как США, Великобритания и Австралия, где 35% детей (или каждый третий здоровый ребенок) испытывают трудности с засыпанием или сном после того, как их приучили спать в одиночестве (17, 35, 87). Такой высокий процент служит примером того, что,

возможно, уверенность в правильности наших ожиданий и представлений о том, как должны спать дети, необоснованно завышена. Это не свидетельство некомпетентности родителей, а скорее отсутствие гибкости в интерпретации и применении советов, которые дают медработники.

Если родители социализированы строго придерживаться определенных представлений о детском сне, можно предположить, что, в отсутствие гибкости в ожиданиях и представлениях, предсказуема относительная вероятность того, что у ребенка будут проблемы со сном. Чем более устойчивы родительские представления о детском сне, тем более вероятно, что родители будут жаловаться на проблемы со сном у ребенка (17, 80). И, как верно подметили Anders and Taylor (8, and also 4,5), ночные пробуждения являются проблемой только для родителей, которые думают, что дети должны спать всю ночь в четко определенном возрасте.

Лишь сто лет назад в относительно небольшом числе мировых культур родители и медработники озаботились проблемой о том, как именно надо усыплять детей. И только в западных культурах существует представление, что детям необходимо «научиться» спать, в данном случае, в одиночестве и без контакта с родителем. В большинстве культур мира детский сон – это нечто, что происходит само по себе. Harkness и др. пишет: «...в конце концов, все нормальные дети во всем мире будут спать всю ночь, будут спать меньше по мере взросления, будут засыпать и просыпаться примерно в то же время, что и другие члены семьи, и что рано или поздно они научатся засыпать и просыпаться без помощи матерей и отцов. Четыре основные стадии поведения младенческого сна обусловлены стадиями развития» (64).

4) Совместный сон родителей и детей. Политическая бомба? Почему вопрос совместного сна такой взрывоопасный?

«...Если ребенок сильно плачет или заболел, то его можно взять к себе в кровать на ночь или две. Но вообще лучше избегать брать детей к себе в кровать» (26).

«...Родители должны быть строги и уверены, когда отсылают ребенка в отдельную кровать. Родители должны научиться не обращать внимание на плач во время засыпания. Иногда дети плачут по несколько часов или рвут от плача. В таком случае родители должны быстро переодеть ребенка, сменить постельное белье, уложить ребенка снова в кровать и уйти » (56).

«...если ребенок спит с вами в одной кровати, то он может запутаться и перенервничать, вместо того, чтобы расслабиться и успокоиться. Даже ребенок в возрасте 1-3 года может перевозбудиться от совместного сна» (26).

«...советы родителям против совместного сна чрезмерно упрощают подход к этому вопросу» (88)

Совместный сон родителя и ребенка – общий термин, который описывает множество разнообразных комбинаций сна, когда мать (или человек, который выполняет роль матери) спит недалеко, в пределах протянутой руки, от ребенка.

Такая организация сна позволяет улавливать и отвечать на такие взаимные стимулы, как звук, движение, запах, прикосновение и визуальные образы. Совместный сон является универсальным контекстом развития младенческого сна. Этот контекст возник и развился как подходящий для человека как вида в природе. Для большинства современных матерей и детей грудное вскармливание и совместный сон матери и ребенка – это не выбор, а неизбежная и неразделимая реальность. Этот факт предполагает, что любая попытка понять биологическую физиологию младенческого сна и проблемы со сном у детей, которая не принимает во внимание связей между совместным сном матери и ребенка ночью, кормлением грудью и неврологическим статусом ребенка (включая и его эмоциональные потребности), будет неверной, неполной и фундаментально ошибочной.

Сон родителя и ребенка в одной кровати – всего лишь одна из разновидностей совместного сна. Другие формы включают совместный сон на футоне, а также сон ребенка рядом с матерью, но на иной поверхности. Например, если ребенок спит в корзинке или гамаке над матерью или сбоку от матери, или когда мать и ребенок спят рядом на подстилке на полу. Совместный сон не приводит к одному предсказуемому результату – положительному, безвредному или отрицательному. Точно также как не существует одного предсказуемого результата одиночного сна. Физиологические и психологические последствия зависят от возраста ребенка, а также от социальных, физических и эмоциональных обстоятельств вокруг совместного сна.

4а) Отрицательное проявление культурных и научных предрассудков против совместного сна. Социальная критика.

Идея совместного сна родителей и детей как одного из правомочных и нормальных обстоятельств сна до сих пор не прижилась на Западе, вероятно, из-за большого числа мнимых проблем, которые связывают с совместным сном. Эти проблемы редко документируются или систематизируются, однако популярная литература и периодика для родителей выставляют совместный сон или однобоко как редкое, исключительное явление, или полностью игнорируют его, или же освещают возможные проблемы, которые могут случиться, а могут и не случиться, если родители спят с детьми. Иногда практика совместного сна открыто критикуется, иногда критика завуалирована (18). Среди распространенных причин, по которым рекомендуют отдельный сон родителей и детей, – сохранение и лелеяние отношений между супругами, развитие индивидуальности и автономности ребенка, страх инцеста или удушья во сне, повышение социальной компетентности у ребенка, усиление половых и гендерных различий, удовлетворенность жизнью всех членов семьи (47, 29).

Вместо того, чтобы рассматривать проблему, которая, возможно, возникла из-за совместного сна, как просто проблему, которую нужно решить, мнимая проблема становится аргументом против практики совместного сна, словно эта проблема универсальна для всех семей, которые спят с детьми. Проблемы совместного сна выставляются как неразрешимые проблемы, хотя их также легко решить, как и проблемы, возникающие из-за одиночного сна. В литературе то и дело пишут, что

совместный сон приводит к проблемам в браке, хотя недавнее шведское исследование опровергло эти домыслы (89); или что совместный сон является причиной ревности между братьями и сестрами (может быть это и причина, но она точно не единственная). Более того, без учета мнения родителей, совместный сон описывают как «плохую привычку», от которой «трудно избавиться». Или что совместный сон запутывает ребенка, мешает ему сформировать здоровую сексуальность и эмоциональность, или что совместный сон перевозбуждает ребенка. Однако ни одно из этих утверждений не сопровождается доказательствами того, как, когда и при каких обстоятельствах это происходит (26).

Некоторые источники утверждают (26), что ребенок должен спать один, чтобы развить самостоятельность, научиться справляться с одиночеством или приобрести качества, которые приводят к самодостаточности. Как и в других случаях, никаких доказательств или описания механизмов, которые приводят к вышеуказанным результатам, нет. Однако, читателей убеждают, что одиночный сон – единственный способ добиться подобных результатов.

Беспокойство о безопасности детей, безусловно, стоит на первом месте причин, по которым медработники советуют избегать спать вместе с детьми. Нужно отметить, что современные кровати не делают с учетом детской безопасности. Удушье и синдром внезапной детской смертности (СВДС) почти невозможно различить. Именно эти две причины часто выдвигают как аргумент против совместного сна (71). Совместный сон плохо сочетается с мягкими матрасами; матерями, которые курят; взрослыми, которые употребляют лекарства или наркотики, которые притупляют сознание. Совместный сон не подходит родителям, которым претит эта идея. Однако давайте различать ситуации, когда совместный сон в одной кровати следует избегать, и не предполагать, что все случаи совместного сна опасны. У нас есть лабораторные (49, 59, 61, 75.76, 90, 91), домашние (46) и эпидемиологические исследования СВДС, которые показывают явную разницу между опасным и безопасным совместным сном (см. Fleming в этом собрании). Совместный сон и сон в одной кровати не тождественны опасным условиям сна, хотя современные дебаты о совместном сне выявляют, что сам процесс совместного сна, т.е. мать и ребенок лежат рядом друг с другом, часто подменяют на опасные условия сна (92,93.) Преувеличенный страх удушья или присыпания младенца во сне отчасти происходит из культурной истории Запада. В течение последних 500 лет многие нищие женщины Парижа, Брюсселя, Мюнхена и Лондона (и многих других городов) признались на исповеди католическим священникам в том, что они удушили своих младенцев во сне, чтобы хоть как-то контролировать размер семьи (94, 95, 96). Под предводительством священников, которые угрожали отлучением от церкви, штрафами и тюремным заключением (за убийство), родителям запретили брать детей в свою кровать. Такое историческое наследие западной истории, вероятно, слилось воедино с изменяющимися социальными нравами и обычаями (народнение таких ценностей, как неприкосновенность личной жизни (privacy), самостоятельность, индивидуализм) и дало основу философскому обоснованию современным культурными поверьям. На

основании устоявшихся культурных поверий гораздо легче найти недостатки совместного сна, чем обратить внимание на его возможные преимущества.

Распространение понятия «романтической любви» в Европе, а также убеждение о важности супружеских отношений, вероятно, способствовало разделению спальных помещений. Существует гипотеза, что физическое обособление, в особенности отца детей, способствовало утверждению мужского авторитета и его способности быть наставником религиозных и моральных ценностей (96, 97).

Как и многие другие вопросы, связанные с отношениями между людьми, совместный сон родителей и детей может поставить перед нами задачу поиска решений, которые позволят обеспечить безопасность, а также личное время для родителей. Однако, существование этих задач не значит, что это аргументы против совместного сна. Для сравнения, тысячи родителей покупают книги о том, как решить проблемы, связанные с одиночным сном, но никто не выдвигает это как довод против одиночного детского сна.

Ученый Kuhn (98) заметил, что научные парадигмы изменяются медленно и не без сопротивления. Пренятия, которые окружают совместный сон и ценность сна матери с ребенком, могут быть частично объяснены тем, что новая парадигма не сразу и необязательно легко принимается теми, кто посвятил всю свою жизнь исследованию нормальности одиночного младенческого сна, и некритически принимали идеи о пагубных последствиях, которые приписываются совместному сну родителей и детей. Исследователи, медики и родители подвержены одному и тому же опыту, обусловленному культурой, в которой они живут. Такая общность значит, что мало кто из них спал с родителями в детстве, а это в свою очередь сильно влияет на восприятие практики совместного сна как удобного или психически комфортного поведения (99). Может быть, способность ценить все разнообразие способов воспитания детей появится только тогда, когда иммигранты неевропейского происхождения станут преобладать в Западных странах. Если посмотреть на современные демографические данные, то вопрос не в том, изменится ли парадигма, а в том, насколько скоро это произойдет.

4b) Совместный сон/сон в одной кровати в западных обществах. Как часто? Когда? Никто не знает ответы на эти вопросы.

Совместный сон родителей и детей являет собой универсальную и естественную для нашего вида в природе модель сна детей во всем мире. Barry and Paxson (10) провели опрос о практике сна в 186 независимых обществах. Эта выборка является репрезентативной для всех основных известных на сегодняшний день типов культур в мире. Из 119 культур с надежными этнографическими данными о близости родителя к ребенку во время ночного сна, в 76 культурах (64%) матери спали в одной кровати с ребенком. В 20% случаев отец спал вместе с матерью и ребенком. Ни в одной из этих культур родители не изолировали ребенка перед сном или для сна. Ребенок всегда находился в так называемой сенсорной близости к другому человеку, но необязательно спал на той же самой поверхности.

Совместный сон детей и родителей в США почти не исследован, а имеющиеся данные уже устарели. Это довольно сложный вопрос для сбора точной информации. Не все американские родители делятся информацией о том, что они спят вместе с детьми. Страх осуждения и родительские представления о том, что совместный сон не является нормой в американской культуре приводит к тому, что данные о преобладании совместного сна в США занижены (58, 99, 100). Еще недавно популярные книги и журналы пугали родителей психологическими последствиями совместного сна. И эти страхи оправданы. Опрос педиатров в 1984 году показал, что 94% относятся неодобрительно к совместному сну. Хотя сегодня это процент, скорее всего, значительно ниже, отрицательное мнение о совместном сне все же преобладает (88).

И все же, учитывая вышесказанное, даже среди индустриализированных западных культур разнообразные формы совместного сна не так редки. Например, Abbott (29) обнаружил, что в восточном Кентукки (Аппалачия) совместный сон родителей и детей преобладает среди белых американцев, которые «не обращают внимание на мнение врачей, а верят в то, что ребенку и матери лучше всего быть вместе». Одна из респонденток заметила: «Молодые матери отказываются от одного из самых больших удовольствий, которые создал Бог – радость от сна с малышом, радость от кормления малыша во сне» (29). Abbot утверждает, что практика совместного сна в восточной части штата Кентукки – это стратегия родителей в данной подгруппе, способствующая выработке взаимозависимости. Как сказала одна женщина в опрошенной группе: «...как вы рассчитываете удержать детей в своей жизни, если вы начинаете их жизнь с того, что отталкиваете их...» (29).

В исследовании с детальной библиографией совместного сна родителей и детей среди городских жителей американского города Кливленд Lozoff et al. (88) обнаружила, что 35% бедных белых и 79% бедных черных регулярно спали со своими детьми, чей возраст варьировался от 6 месяцев до 4 лет. Anders and Keener (36) отслеживали ночной сон сорока новорожденных и обнаружили, что между временем, когда младенца уложили в кроватку и временем, когда его оттуда вытащили утром, в 2-4 недели младенец проводил менее 20% времени вне кроватки. После 20 недель (5 месяцев) и до первого дня рождения ребенка дети проводили менее 3% ночного времени вне кроватки.

Из 150 матерей в районе города Кливленд 71% матерей сказали, что они не спали с детьми в течение месяца перед интервью. 65% сказали, что они не предоставляют никакую форму физического контакта во время укладывания детей спать (88). Однако то, что говорят родители и то, что они делают – две разные вещи. Например, в том же самом опросе менее 35% матерей сказали, что они «строго» придерживаются вышеуказанных методов, когда ребенок все же просыпается ночью, болен или напуган.

Исследователи Madansky and Edelbrock (31) выявили схожие различия между белыми и негритянскими семьями в пригороде г. Бостон Ворчестере. Большинство родителей в выборке, 55%, сообщили, что их 2-3-летние дети спали в родительской кровати как минимум раз за последние два месяца, а 14% сказали, что дети спали с

ними несколько раз в неделю. 76% негритянских семей спят с детьми по сравнению с 53% белых. Негритянские семьи склонны спать с детьми более двух раз в неделю, чем белые, 50 и 21 процент соответственно. Недавнее исследование совместного сна в Гарлеме Schacter-Fuchs et.al. (48) выявило, что 20% испано-американцев спят с детьми всю ночь минимум три раза в неделю, по сравнению с только 6% белых семей.

Среди матерей американской организации по поддержке грудного вскармливания, Ла Лече Лиги, совместный сон с младенцами и детьми – норма. Ла Лече Лига пропагандирует частое прикладывание к груди, продолжительное грудное вскармливание и тесный контакт родителей и детей. Исследование Elias et.al. (15) выявило, что 60-90% детей в Ла Лече Лиги спят с матерями в возрасте 2-13 месяцев. Совместный сон как форма заботливого родительства – один из способов компенсировать время, которое родители проводят без детей в дневное время, особенно в семьях высшего среднего класса. «Когда я сплю с малышом, я восполняю время, которое я и мой муж не могли провести с ребенком днем. Мы возвращаемся домой с работы только вечером. Совместный сон дает мне возможность заботиться о малыше», - поделилась работающая мама из южной Калифорнии.

Среди семей среднего и высшего классов (белых) совместный сон перестал быть табу, которым он был еще 10 лет назад (46). Более половины американских матерей кормят грудью в 3-6 месяцев или дольше(57), и неудивительно, что все больше женщин спят с детьми или поблизости от детей, чтобы облегчить ночные кормления. Кормление грудью способствует совместному сну (100). Однако страх критики со стороны педиатров, семьи и друзей не дает возможность спокойно обсуждать ночное родительство, если оно отличается от принятых «норм» (88, 99, 101).

4с) Подпольщики совместного сна. Изменение демографии семей, которые практикуют совместный сон. Дорогая редакция!

Антропологические исследования в Великобритании также подтверждают данные о том, что намного больше родителей в западных странах спят с младенцами и детьми, чем об этом говорят. Ball and Hooker (46) изучали общину белого рабочего класса на северо-востоке Англии. Ученые обнаружили, что когда родители отвечают на вопрос о месте сна ребенка ночью, они часто описывают место, куда ребенка укладывают спать или где ребенок «должен» спать, а не то, где «дети проводят большую часть ночи»!

Ball and Hooker сняли ночное поведение родителей на инфракрасную камеру в родительской спальне. В дополнение было проведено два опроса – до рождения ребенка и когда ребенку исполнилось 2 месяца. В ходе исследования было выявлено, что если бы ученые конкретно не спросили, перемещались ли дети в течение ночи с одного места в другое, то, вероятно, половина детей, которые спали

с родителями, не были бы выявлены(46). Отношение к правомерности выбора «спать с детьми» меняется на Западе.

Возможно, совет ведущей рубрики советов в американских газетах Абигейл ван Бурен (Дорогая редакция!) отражает то, куда движется популярная культура в этом вопросе. Недавно в рубрику «Дорогая редакция!» поступило письмо от мужчины под названием «Слишком тесно в кровати». Мужчина жаловался на то, что его жена настаивает на совместном сне с их 16-месячной дочкой. Редактор ответила: «Дорогой «слишком тесно в кровати»! В некоторых культурах принято спать с детьми до 12-13 лет. Ребенок приспосабливается под родителей... Девочка может научиться спать в своей кровати, если вы решите научить ее этому»(102).

5. Заключение. Рекомендации. Мысли напоследок.

«Люди осмысливают свое окружение сквозь призму социальных предубеждений. Выведение этих предубеждений наружу поможет понять, какие вопросы политики можно разрешить, а какие нет» (103).

Lozoff и ее коллеги были правы. Культура и медицинская практика сильно влияют друг на друга. Я осознаю, что культурные предрассудки в науке не обесценивают научные методы или открытия. Однако, предрассудки заставляют ученых постоянно задавать все новые вопросы, задумываться о том, какие вопросы обходятся стороной и почему. Такие размышления должны анализировать, какие культурные предпосылки лежат в основе, направляют и, в конечном итоге, ограничивают интерпретацию данных. Стремление ученых к объективности, конечно же, не может полностью устранить интеллектуальные предрассудки. В своем эссе я заново пересматриваю открытия, сделанные более десяти лет назад Lozoff и ее коллегами. Lozoff и ее коллеги(1) предлагают отдавать себе отчет о наших собственных, евро-американских предрассудках о правильных обычаях вокруг детского сна, про которые можно услышать на приеме у любого педиатра. Моя работа основана на работе этих ученых. Я привлекаю внимание к тому, как определенные идеологии влияли и продолжают влиять и ограничивать и практику, и исследования педиатрического и клинического сна. Расширяя рабочие модели детского сна и поощряя более широкое понимание разнообразия детского сна родителями, исследователями и практиками, я предполагаю, что у нас будет больше шансов найти подходящие решения проблемы детского сна, принимая во внимание особенности конкретной семьи, обустройство сна и потребности конкретных детей и их родителей.

Я не хочу очернить работу моих коллег. Мои исследования возможны благодаря и их работе. Я осознаю, что и у меня есть предрассудки, обусловленные обучением и исследовательский опытом (в антропологии). Именно поэтому критически важно сравнивать разные подходы с точки зрения разных областей науки. Такого рода сравнение выявляет невысказанные предположения в той или иной науке и дает возможность осознать предрассудки и ограничения в той или иной области. Все

это попросту значит, что ни одна наука не способна найти все ответы на все вопросы.

Учитывая вышесказанное, вот **наиболее важные моменты, предложенные в этой статье.**

1) Врачи-педиатры должны быть готовы давать рекомендации относительно детского сна, которые подойдут родителям из разных культур, с разными подходами и отношением к воспитанию и желаемыми результатами воспитания. Педиатр должен уметь рассказать родителям о широком разнообразии режимов сна и питания среди детей, даже если родители предпочтут вариант, с которым не согласен сам врач. Во время консультации следует обсудить все плюсы и минусы всех способов организации сна, а также рассказать о правилах безопасности того или иного способа.

2) Проблемы связанные с нетрадиционным обустройством сна, таким как совместный сон, не являются аргументами против правомерности совместного сна. Существование «проблем», связанных с таким обустройством сна не означает, что их нельзя решить, а также, что эти проблемы свойственны и неизбежны при этом обустройстве сна.

3) Сильная незрелость человеческого детеныша при рождении делает социальный уход за ним (включая обустройство младенческого сна) тождественным физиологической регуляции. Среда сна человеческого младенца – невероятно важный и уникальный аспект, который часто не принимается во внимание ни традиционными моделями сна, ни педиатрами, ни практикующими специалистами в области сна.

4) Педиатры и практикующие специалисты в области сна не должны автоматически предполагать, что уменьшение числа кормлений как можно раньше после рождения является благом, особенно если мать не изъявила желания уменьшить число ночных кормлений. Последние исследования показывают, насколько важно кормление, в том числе и ночью. Родители должны получить достоверную информацию, а не личный совет, чтобы принять информированное решение.

5) Вне зависимости от того, где родители хотят, чтобы спали их дети, надо начать объяснять родителям, что биологически и физиологически младенцы и дети рассчитаны на сон рядом с родителями. Совершенно нормально, если какие-то родители решат спать вдали от детей. Однако, следует объяснить родителям, что неспособность ребенка «спать всю ночь» или легко засыпать самостоятельно не нужно рассматривать как недостаток ребенка или манипуляцию со стороны ребенка. Подобные объяснения помогут предотвратить негативную самооценку родителей, а также оценку поведения детей как ненормального или странного.

6) Научно обоснованный дружелюбный к пользователю подход к проблемам

младенческого и детского сна и возможным решениям этих проблем требует деликатного подхода к правомерности разного выбора, который делают родители. Транзакционная модель, описанная Anders (6) and Sadeh and Anders (4, 5), может направлять исследования и клиническую практику в новом тысячелетии. Транзакционная модель приспособлена как к биологическому, так и социокультурному влиянию на развитие сна. Более того, предложенная модель рассматривает биологию, общество и культуру как единое целое. Такой подход поможет задать новые вопросы, и тем самым показать, как выбор под влиянием культуры влияет на младенческий сон и потенциально провоцирует значительные физиологические регуляторные проявления, которые могут спасти жизнь ребенка.

Библиография

1. Lozoff B, Wolf A, Davis NS. Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics* 1985; 75:477-483.
2. Shweder R, Jensen LA, Goldstein WM. Who sleeps by whom revisited: A method for extracting moral goods implicit in practice. In: Goodnow JJ, Miller PJ, Kessel F, eds. *Cultural Practices As Contexts For Development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995: 21-40
3. Shifrin, D. A nod to family togetherness. In: Feeney S. *New York Daily News*, August 1997, p. 32 (Pers. comm).
4. Sadeh A, Anders T F. Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Inf Ment Health J* 1993; 14 (1):17-34.
5. Sadeh A, Anders T. F. Sleep disorders. In C. H. Zeanah, eds. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press, 1993:305-316.
6. Anders TF. Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. *Psychiatry* 1994; 57:11-21.
7. Anders TF, Eiben LA. Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36(1):9-20.
8. Anders TF, Taylor TR. Babies and their Sleep environment. *Children's Environments* 1994; 11(2):123-134.
9. Balararian R, Raleigh VS, Botting B. Sudden infant death syndrome and post- neonatal mortality in immigrants in England and Wales. *BMJ* 1989; 298:716-20.
10. Barry H III, Paxson LM. Infancy and early childhood: cross-cultural codes. *Ethology* 1971; 10:466-508.
11. Chisholm JS. *Navajo Infancy*. Hawthorne, N.Y.: Aldine, 1983.
12. LeVine R, Dixon S, LeVine S. *Child Care and Culture: Lessons from Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
13. LeVine R. A cross-cultural perspective on parenting. In Fantini MD, Cardenas R, eds. *Parenting in a Multicultural Society*. San Diego: Academic Press, 1980.
14. Whiting JWM. Environmental constraints on infant care practices. In Munroe RH, Munroe RL, Whiting JM, eds. *Handbook of Cross-Cultural Human Development*. New York: Garland STPM Press, 1981:155-164.
15. Elias MF, Nicholson N, Bora C, Johnston J. Sleep-wake patterns of breast-fed infants in the first two years of life. *Pediatrics* 1986; 77(3):322-329.
16. Forbes JF, Weiss DS, Folen RA. The co-sleeping habits of military children. *Military*

Medicine 1992; 157:196-200.

17. Heron P. Nonreactive Co-sleeping and Child Behavior: Getting a Good Night's Sleep All Night Every Night. Masters Thesis, University of Bristol, Bristol, United Kingdom , 1994.
18. Godfrey, AB, Kilgore A. An approach to help young infants sleep through the night. *Zero ToThree* 1998;19 (2):15-21.
19. Christopher RC. *The Japanese Mind: The Goliath Explained*. New York: Linden Press/Simon and Schuster, 1983.
20. Caudill W, Weinstein H. (1969). Maternal care and infant behavior in Japan and America. *Psychiatry* 1969; 32:12-43.
21. Shand N. Culture's influence in Japanese and American maternal role perception and confidence. *Pschiatry* 48:52-67, 1985.
22. Brazelton T. Parent-infant co-sleeping revisited. *Ab Initio*. 2:1, 1990.
23. Kawakami, K. Comparison of mother-infant relationships in Japanese and American Families. Paper presented at the meetings of the Inter.Soc. Study of Beh. Dev., Tokyo, Japan, 1987.
24. Morelli GA, Rogoff B, Oppenheim D, Goldsmith D. Cultural variation in infants' sleeping arrangements: questions of independence. *Developmental Psychology* 1992; 28:604-613.
25. Caudill W, Plath DW. Who sleeps by whom? Parent-child involvement in urban Japanese families. *Psychiatry* 1966; 29:344-366.
26. Ferber R. *Solve Your Child's Sleep Problems*. New York: Simon and Schuster, 1985.
27. Yelland J, Gifford S MacIntyre M. Explanatory models about maternal and infant health and sudden infant death syndrome among Asian-born mothers. 1996, 175-189
28. Wilson, E. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Environmental Perturbations in Cross-Cultural Context. Masters Thesis. University of Calgary, Calgary Alberta, 1990
29. Abbott S. Holding on and pushing away: comparative perspectives on an eastern Kentucky child-rearing practice. *Ethos* 1992; 20(1):33-65.
30. Lewis M, Haviland J. *The Handbook of Emotion*. New York: Guilford Press, 1993.
31. Mandansky D, Edelbrock C. Co-sleeping in a community of 2- and 3-year-old children. *Pediatrics* 1990; 86:1987-2003.
32. Lewis RJ, LH Janda. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experience regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Beh* 1988; 17:349-363.
33. Crawford, M. Parenting practices in the Basque country: Implications of infant and childhood sleeping location for personality development. *Ethos* 1994, 22;1:42- 82.
34. Mosenkis, J The Effects of Cxhildhood Cosleeping On Later Life Development. Masters Thesis. University of Chicago. Chicago, Ill, 1998
35. Hayes MJ, Roberts SM, Stowe R. Early childhood cosleeping: parent-ccchild and parent-infant interactions. *Inf Men Health J* 1996;17:348-357
36. Anders TF, Keener MA. Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life: I. *Sleep* 1985; 8(3):173-192.
37. Weissbluth M. Naps in children: 6 months-7 years. *Sleep* 1995; 18(2):82-
38. Hofer Myron. Parental contributions to the development of offspring. In: *Parental Care in Mammals*. Gubernick David, P Klopfer, eds. New York: Academic Press, 1981:77-115.

39. Hofer M. *The Roots of Human Behavior*. San Francisco: W. H. Freeman, 1981.
40. McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): The role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. *Medical Anthropology* 1986; 10:9-53.
41. McKenna JJ. (1995). The potential benefits of infant-parent co-sleeping in relation to SIDS prevention: overview and critique of epidemiological bed sharing studies. In *Sudden Infant Death Syndrome: New Trends in the Nineties*. TO Rognum, ed. Oslo: Scandinavian University Press, 1995:256-65.
42. McKenna JJ. SIDS in cross-cultural perspective: is infant-parent co-sleeping protective? *Ann Rev in Anthro* 25:201-216,1996.
43. Super CM, Harkness S. The infant's niche in rural Kenya and metropolitan America. In L. L. Adler ed. *Cross Cultural Research at Issue*. New York: Academic Press, 1987:47-56.
44. Konner M. Super C. Sudden infant death syndrome: an anthropological hypothesis. In Harkness S, Super C, eds. *The Role of Culture in Developmental Disorder*. New York: Academic Press, 1987:95-108.
45. Bruner, J. Nature and uses of immaturity. *Amer Psych*.1972 27 687-708.
46. Ball, H and Hooker, E *The North Tees Colseeping project: the first three years*. *American Anthropologist* in press
47. Medoff D, Schaefer CE. Children sharing the parental bed: a review of the advantages and disadvantages of co-sleeping. *Psychology A Journal of Human Behavior*1993; 30(1):1-9.
48. Schachter FF, Fuchs ML, Bijur PE, Stone RK. Co-sleeping and sleep problems in Hispanic-American urban young children. *Pediatrics* 1989;84:522- 530.
49. McKenna JJ, Thoman E, Anders T, Sadeh A, Schechtman V, Glotzbach S. Infant-parent co-sleeping in evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Sleep* 1993;16:263-282.
50. Mosko S, McKenna JJ, Dickel M, Hunt L. Parent-infant co-sleeping: the appropriate context for the study of infant sleep and implications for SIDS research. *Journal of Behavioral Medicine* 1993;16(3):589-610.
51. McKenna JJ, Mosko S, Richard C, Drummond S, Hunt L, Cetal M, Arpaia J. Mutual behavioral and physiological influences among solitary and co-sleeping mother-infant pairs: implications for SIDS. *Early Human Development* 1994;38:182-201.
52. Konner MJ. Evolution of human behavior development. In RH Munroe, RL Munroe, JM Whiting, eds. *Handbook of Cross-Cultural Human Development*. New York: Garland STPM Press, 1981:3-52.
53. Konner MJ, Worthman C. Nursing frequency, gonadal function and birth spacing among !Kung hunter-gatherers. *Science* 1979; 207:788-791.
54. Bowlby, J. *Attachment and Loss, Volume I*. London: Pergamon, 1959.
55. Cuthbertson J, Schevill S. *Helping Your Child Sleep Through the Night*. New York: Doubleday, 1985
56. Douglas J. *Behaviour Problems in Young Children*. London: Tavistock/Routledge, 1989.
57. Ross Mothers Survey (1997). Published and available through Ross Laboratories. Ross Products Division of Abbot Laboratories

58. Kaplan SL, Poznanski E. Child psychiatric patients who share a bed with a parent. *Journal of American Academy of Child Psychiatry* 1974;13:344-356.
59. McKenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breast feeding, *Pediatrics* 1997;100:214-219
60. Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. *Pediatrics* 1993;91(2):436-444.
61. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS." *Sleep* 1996;19:677-684.
62. Fleming P, Blair P, Bacon C, Bensley D, Smith I, Taylor E, Berry J, Golding J, Tripp J. Environments of infants during sleep and the risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-1995 case control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *British Medical Journal* 1996; 313:191-5.
63. Kahn A, Picard E, Blum D. Auditory arousal thresholds of normal and near- miss SIDS infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:299-302.
64. Harkness S, Super C, Keefer CH, van Tijen N, van der Vlugt E. Cultural Influences on sleep patterns in infancy and early childhood. Meeting of the American Association for the Advancement of Science, Atlanta, February 1995.
65. Guntheroth WG, Spiers P. Sleeping prone and the risks of the sudden infant death syndrome. *J Amer Med Assoc* 1992; 2 :359-363.
66. Rognum TO, ed. SIDS in the 90s. Oslo: Scandinavian University Press, 1995.
67. Fleming P, Blair P. Safe environments for infant sleep: community and laboratory investigations or folk wisdom? Symposium on Breast Feeding, Parental Proximity and Contact in Promoting Infant Health. University of Notre Dame, South Bend, 1998
68. Stermann MB, Hodgman J. The role of sleep and arousal in SIDS. In: PJ Swartz *The Sudden Infant Death Syndrome*. New York: New York Academy of Sciences, 1988: 48-61
69. Douthitt TC, Brackbill Y. Differences in sleep, waking and motor activity as a function of prone or supine resting position in the human neonate. *Psychophysiology* 1972;9:99- 100.
70. Kahn A, Grosswater J, Scottiaux M, Rebuffat E, Franco P, Dramaix M. Prone or supine position and sleep characteristics in infants. *Pediatrics* 1993;91:1112- 1115.
71. Mitchell EA, Thompson JMD. Cosleeping increases the risks of the sudden infant death syndrome, but sleeping in the parent's bedroom lowers it. In: Rognum TO *Sudden Infant Death Syndrome in the Nineties*. Oslo: Scandinavian University Press, 1995, 266-269.
72. Oberlander TF, Barr R, Young S, Brian JA, Short, TR. Effects of feed composition of sleeping and crying in newborn infants. *Pediatrics* 1992, 90; 5: 733-740.
73. Harper, R, Hoppenbrouwers T, Bannett D, Hodgman J, Stermann MB, McGinty DJ. Effects of feeding on state and cardiac regulation in the infant. *Dev Psychobiol* 1976, 10; 6 :507-517.
74. Mosko SS, Richards C, McKenna JJ, Drummond D, Mukai D,. Infant sleeping position and the CO2 environment during co-sleeping: the parents contribution. *Amer J Phys Anthro* 1997; 103:315-328
75. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bedsharing: implications for infant sleep and SIDS research. *Pediatrics*. In press.
76. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with

infants. *Sleep* 1996;20(2):142-150.

77. Richard C, Mosko S, McKenna, J. Sleeping position, orientation, and proximity in bedsharing Infants and mothers *Sleep* 1996 19:667-684.

78. Richard C Mosko S, McKenna J. Apnea and periodic breathing in the bedshaaring infant. *Amer J Applied Phys* 1998 84;4:1374-1380

79. McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch P. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mothers/infant pairs: A preliminary physiological study with implications for the study of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *American Journal of Physical Anthropology* 1990;83:331-347.

80. Spock B. *Baby and Child Care* New York: Pocket Books, 1968.

81. Minturn L. and Lambert WW. *Mothers of Sleep Cultures: Antecedents of Child Rearing.* John Wiley and Sons: New York, 1964.

82. Parmalee AH, Wenner An, Schultz HR. Infant sleep patterns: From Birth to Sixteen weeks of Life. *J. Ped* 1964. 65: 576-582.

83. Winnicott, DH Transitional objects and transitional phenomena. In: *Collected Papers of D.W. Winnicott.* Basic Books: New York. 1958, 23-45.

84. Wolf AW, Lozoff B. Object attachment, thumbsucking, and the passage to sleep. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28:287-292.

85. Ozturk M, Ozturk OM. Thunbsucking and falling asleep. *Br J Medical Psychol* 1977;50:95-103.

86. Litt CJ. Children's attachment to transitional objects. *American Journal of Orthopsychiatry* 1979;51:131-139.

87. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 1992;60(1):41-48.

88. Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Co-sleeping in urban families with young children in the United States. *Pediatrics* 1984;74(2):171-82.

89. Klackenberg, G. Sleep behaviour studied longitudinally. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71:501-506.

90. Young J, Pollard KS. Blair P, Fleming PJ, Sawczenko A. Sleep position, proximiity, Orientation and Physical contact between mother-infant pairs: a longitudinal study of room-sharing and bed-sharing *Early Human Development*, in press.

91 Fleming, PJ Infant sleep pysiology: does mum make a difference? *Ambulatory Child Health* 1998;4 (Suppl 1):153-154

92. McKenna J. Bedsharing promotes breast feeding and the AAP task force on infant postioning and SIDS. *Pediatrics* 1998;102;3:663-664

93. Hauck F, and Kemp J. Bedsharing promotes breast feeding and the AAP tak force on infant postioning and SIDS. *Pediatrics* 1998;102;3:662-663

94. Flandrin J-L. *Families in Former Times: Kinship, Household and Sexuality.* New York: Cambridge University Press, 1979.

95. Kellum BA. Infanticide in England in the Later Middle Ages. *History of Childhood Quarterly: The Journal of Psychohistory* 1974;1(3):367-388.

96. Stone L. *The Family, Sex and Marriage in England, 1500-1800.* New York: Harper and Row, 1977.

97 Aries P. *Centuries of Childhood.* New York: Vintage, 1962.

98. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions.* University of Chicago Press:

Chicago, 1962

99. Hanks CC, Rebersky FG. Mommy and the nighttime visitor: a study of occasional co-sleeping. *Psychiatry* 1977;40:277-280.

100. Mitchell, EA, Scragg L, Clements M. Factors related to infant bedsharing. *NZ Med J* 1994;107: 466-467.

101. Oleinick MS, Bahn AK, Eisenberg L, Lilienfeld AM. Early socialization experiences and intrafamilial environment: a study of psychiatric outpatient and control group children. *Psychiatry* 1966;15:344-353.

102. Dear Abby Column. *Chicago Tribune*, January 27, 1998

103. Douglas M, Wildarsky A. *Risk and Culture*. University of California Press: Berkeley, 1982.