

M. Colombo

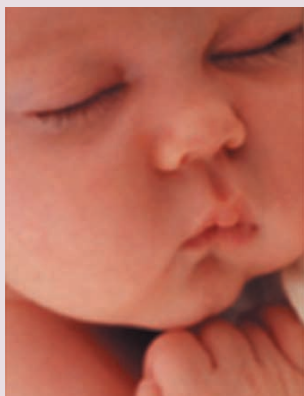


CLINICAL

**Riassunto**

In questo studio clinico condotto su 120 bambini di età compresa fra 6 mesi e 3 anni, viene valutata l'efficacia di un protocollo omotossicologico vs terapia "standard" di riferimento per la terapia dell'insonnia in età pediatrica. I pazienti selezionati presentavano insonnia primitiva (non subordinata a patologia organica) e centrale (caratterizzata da elevato numero di risvegli notturni). Il protocollo terapeutico è stato effettuato con il rimedio omeopatico complesso ABBE' CHAUPITRE N° 7, mentre quello standard di riferimento si è avvalso della somministrazione di NIAPRAZINA. Per la valutazione dell'efficacia vengono presi in considerazione 2 indicatori: 1) numero dei risvegli notturni (normale = 1 solo risveglio per notte della durata non superiore a 30 min.); 2) presenza di effetti collaterali. I 2 indicatori sono stati valutati in un periodo di follow-up di 90 giorni. Lo studio mette in evidenza una riduzione significativa del numero di risvegli nel Gruppo in terapia col farmaco Abbè Chaupitre N° 7 (il 63,3% dei bambini ha risposto positivamente alla terapia) senza effetti collaterali negativi.

Il secondo Gruppo (Niaprazina) ha evidenziato meno risvegli notturni del primo Gruppo (il 68,3% dei bambini ha risposto positivamente alla terapia), ma con importanti effetti collaterali che, nel 33,3% dei casi, hanno portato alla sospensione della terapia: deficit di vigilanza durante il giorno, sonno "troppo profondo", cambiamento di tono dell'umore. I dati sono stati raccolti mediante consegna ai genitori di una scheda-diario da compilare giornalmente,



ATTI DEL XVIII CONGRESSO NAZIONALE DI OMEOPATIA,  
OMOTOSSICOLOGIA E MEDICINA BIOLOGICA  
Milano, 31 maggio - Roma, 7 giugno 2003

## TERAPIA OMOTOSSICOLOGICA DELL'INSONNIA IN ETA' PEDIATRICA VALUTAZIONE DI UNO STUDIO MULTICENTRICO CONTROLLATO

HOMOTOXICOLOGICAL THERAPY OF INSOMNIA  
IN PAEDIATRICS

EVALUATION OF A COHORT CONTROLLED CLINICAL TRIAL

te, da riconsegnare al pediatra ogni 15 giorni, valutata in modo rigoroso. La compliance dei bambini è stata ottimale. Si ritiene sicuramente valida la proposta di trattamento omotossicologico dell'insonnia primitiva nel bambino, sia per la netta diminuzione dei risvegli notturni per numero e durata, sia per l'assenza di effetti collaterali.

**Parole chiave** INSONNIA, PEDIATRIA, ABBE' CHAUPITRE N° 7, NIAPRAZINA

**Summary:** This cohort controlled clinical trial includes 120 children aged 6 months - 3 years and tests the efficacy of an homotoxicological protocol vs the standard therapy for the treatment of children insomnia.

The patients suffered from a primitive (not subordinated to an organic pathology) and central insomnia (characterized by frequent awakenings during night). This protocol has been performed by the prescription of ABBE' CHAUPITRE N.7 vs the standard one, NIAPRAZIN. In order to evaluate the efficacy, 2 indicators have been considered: 1) number of awakenings during night (awakening

once is to be considered normal, if it doesn't take more than 30 minutes); 2) adverse side effects. Both the indicators have been observed for a 90 days follow up period. This research shows a significant reduction of awakening for those patients treated by ABBE' CHAUPITRE N. 7 (63,3 % of the children with positive response) with no side effect.

The second group (patients treated by NIAPRAZIN) showed less night awakenings in comparison with Group 1 (68,3% with positive response to therapy), but relevant negative side effects such as deficit of watch state during day, sound sleep, changes in mood, which obliged the withdrawal of the allopathic therapy in the 33%. A data card had to be filled daily by the parents, and given every single 15 days to the pediatricist, who rigorously evaluated all data. The compliance of the children was optimal. The homotoxicological treatment for primitive insomnia is to be considered good either for decreasing awakenings either for the absence of negative side effects.

**Key words:** INSOMNIA, PAEDIATRICS, ABBE' CHAUPITRE N. 7, NIAPRAZIN

## INTRODUZIONE

Il sonno è un fenomeno fisiologico consistente nell'interruzione spontanea delle attività nervose e psichiche connesse con la vita di relazione.

Le turbe del sonno coinvolgono una percentuale elevata di bambini, attualmente calcolata intorno al 20-25%; questi disturbi comportano notevoli disagi per numerose famiglie e costituiscono, frequentemente, motivo di consultazione pediatrica. Come noto, i disturbi del sonno sono soprattutto riferibili alle insonnie (primitive e secondarie) ed alle parasonnie (es. sonnambulismo, *pavor nocturnus*, *jactatio capitis*, ecc.); più raramente possono osservarsi, anche in età pediatrica, le ipersonnie (narcolessia, *sindrome di Kleine-Levin*, ecc.) (TAB. 1).

Oggetto di questo **studio multicentrico controllato**, condotto su bambini di età compresa fra 6 mesi e 3 anni, è stata l'**insonnia primitiva**, indipendente da qualsiasi patologia organica.

Sono stati arruolati i Pediatri:

- **Bruno Dott.ssa Antonella**, *Pediatra di base in Vimodrone (MI)*
- **Caprara Dott.ssa Anna**, *Pediatra di base in Segrate (MI)*
- **Colombo Dott.ssa Maria**, *Pediatra di base in Vignate (MI)*
- **Di Vona Dott. Luigi**, *Pediatra di base in Segrate (MI)*
- **Malvasi Dott.ssa Cristiana**, *Pediatra di base in Pozzuolo Martesana (MI)*
- **Maraldi Dott.ssa M. Antonietta**, *Pediatra di base in Segrate (MI)*
- **Rigamonti Dott.ssa Giovanna**, *Pediatra di base in Pioltello (MI)*

## FISIOLOGIA DEL SONNO

Il sonno è determinato da particolari attività cerebrali, indotte da specifici regolatori biologici nell'ambito dei ritmi circadiani, allo scopo di dare riposo e ristoro all'organismo, indurre risparmio energetico e permettere il ripristino delle attività metaboliche e funzionali. Il meccanismo neurofisiologico dell'induzione del sonno è legato ad una sospensione degli stimoli di veglia: dall'ipotalamo parte un segnale diretto al tronco encefalico che blocca il centro della veglia. Conseguentemente, né il talamo, né la corteccia ricevono gli stimoli caratteristici della veglia.

Il sonno è diviso in periodi di circa 30-90 minuti (fasi), all'interno di ognuno dei quali si avvicendano variazioni caratteristiche, che costituiscono i 5 stadi del sonno: 4 appartengono al sonno non REM (NREM), 1 al sonno REM (*Rapid Eye Movements*) (TAB. 2).

TAB. 1

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DEL SONNO DEL BAMBINO	
●	<b>DISSONNIE</b>
●	INSONNIE (primitive e secondarie)
	-disordini dell'inizio del sonno
	-disordini del mantenimento del sonno
●	IPERSONNIE (es: narcolessia, s. di Kleine-Levin, ecc)
	-eccessiva sonnolenza diurna
●	<b>PARASONNIE</b>
	- <i>jactatio capitis</i>
	-sonniloquio
	- <i>pavor nocturnus</i>
	-sonnambulismo, ecc.

TAB. 2

DURATA DEL SONNO E DISTRIBUZIONE DEL SONNO REM E NREM NELLE DIVERSE ETÀ			
ETÀ	ORE DI SONNO	REM	NREM
Primi mesi	6-18	50%	50%
Infanzia	10	25%	75%
Adolescenza	8	20%	80%
Maturità	6	20%	80%

## CARATTERISTICHE DEL SONNO NREM

- Passaggio per gradi dalla veglia al sonno profondo, attraverso 4 stadi, e successiva risalita
- Progressiva riduzione del tono muscolare, rallentamento della frequenza degli atti respiratori e dell'attività cardiocircolatoria (sonno calmo)
- **Assenza** di movimenti oculari
- EEG con caratteristiche di progressivo rallentamento, comparsa di onde rapide fusiformi (*spindless*) ed onde lente tipiche (*humps*), con andamento sincro e ripetitivo (sonno sincro).

## SONNO NREM - SIGNIFICATO FISIOLOGICO

- Favorisce il ripristino metabolico dei neuromediatori
- Verifica, attiva e rinforza la funzionalità di molte sinapsi, mantenendo l'omogeneità e la funzionalità anche di quelle meno in uso durante la veglia
- Produce esperienze onirosimili, ma

con inferiore capacità di elaborazione dei materiali *"in memoria"* e trasformazione in sequenze narrative.

### CARATTERISTICHE DEL SONNO REM

- Comparsa improvvisa, nel sonno profondo, di movimenti oculari rapidi (da cui l'acronimo, inglese)
- Completa atonia muscolare con clono degli arti e turbe neurovegetative (sonno attivo)
- Variazioni EEG: dalla *mono-tonia* del sonno profondo, ad un aspetto *similveglia* (sonno desincronizzato o paradossale).

### SONNO REM – SIGNIFICATO FIOLOGICO

- Inizia e sviluppa gran parte dell'attività onirica
- Si attua un *"risveglio"* delle funzioni corticali, dopo le fasi di sonno profondo
- Nel feto e nel neonato, incrementa l'attività cerebrale (si ritiene promuova la sinaptogenesi), si strutturano *"mappe corticali"* e *"schemi operativi"*.

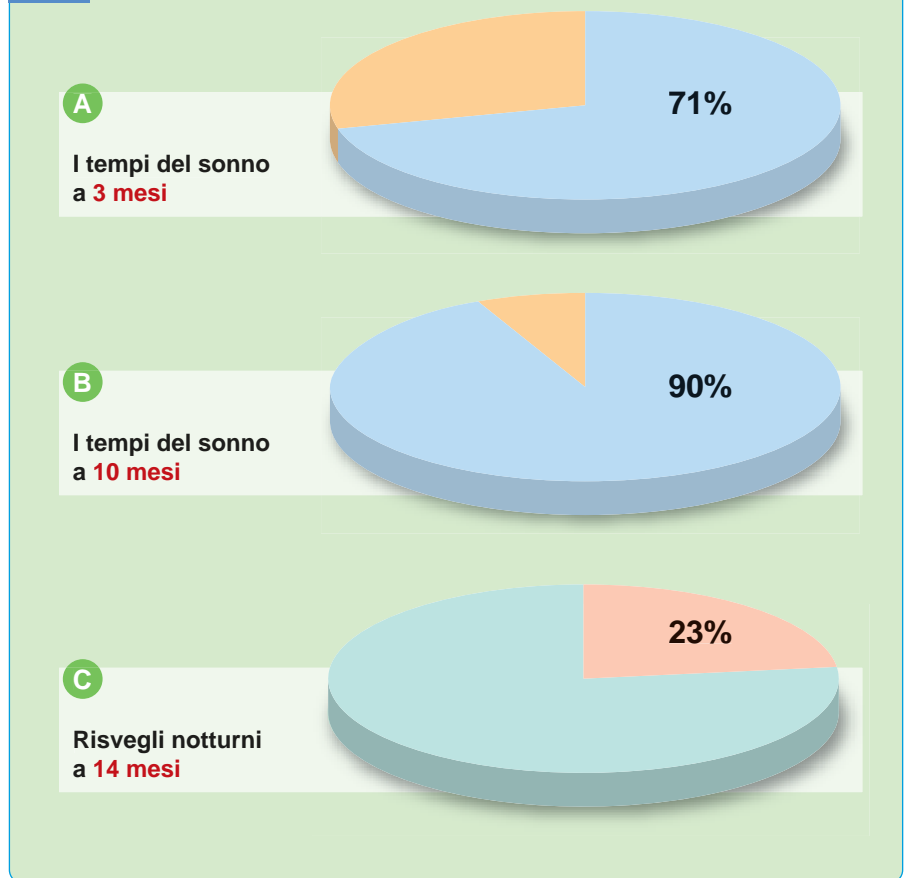
### LE INSONNIE

Fra gli *"autentici disturbi"* del sonno, il più frequente ed importante per la tranquillità familiare è rappresentato dall'insonnia. Verosimilmente la dimensione del problema è superiore a quella emergente dalle ricerche epidemiologiche, anche se spesso si osservano *"varianti fisiologiche"* legate al *"modo di essere"* della famiglia ed al tipo di vita attuale.

### I TEMPI DEL SONNO

Alcuni bambini dormono tranquillamente di notte fin dalla nascita; la maggior parte dei neonati si sveglia ad intervalli variabili tra 20 min. e 6 ore, di giorno e di notte; in genere,

FIG. 1



dopo il 3° mese, compare un ritmo circadiano, che si stabilizza dal 6° mese, inducendo un lungo periodo di sonno, dalla sera alle prime ore del mattino. Circa il 71% dei lattanti appare già organizzato in tal senso a 3 mesi e il 90% a 10 mesi. Tra questi, tuttavia, circa la metà riprende una certa irregolarità del sonno dopo il 2° semestre di vita e, a 14 mesi, circa il 23% dei bambini presenta risvegli notturni (FIG. 1). In età pre-scolare i risvegli sono ancora presenti nel 35%; dopo i 6 anni nel 15%; dopo gli 8 anni nel 10%.

La differenza fondamentale fra l'insonnia del bambino e quella dell'adulto è che **"l'adulto non può dormire"**, il bambino **"non vuole dormire"**: l'adulto insonne rimane sveglio malgrado desideri in ogni modo interrompere l'insonnia; il bambino, al contrario, non dorme, rifiutando tutti gli accorgimenti che vengono messi in atto per farlo dormire.

### TIPI E CAUSE DI INSONNIA

- INSONNIE PRIMITIVE
  - Pianti notturni condizionati
  - Sonno problematico
  - Pianti da paura notturna
- INSONNIE SECONDARIE
  - Dolori colici
  - Disturbi respiratori ostruttivi
  - Disturbi dell'attenzione ed iperattività
  - Reflusso gastroesofageo
  - *Nocturnal eating syndrome*
  - *Binge eating disorder*
  - Turbe del ritmo circadiano
  - Otitis
  - Dermatiti pruriginose
  - Encefalopatie
  - Allergie, intolleranze alimentari
  - Carenza nutrizionale
  - Carenza affettiva.

Sono, quindi, varie le cause che interferiscono sulla scarsa acquisizione o sulla perdita dei ritmi del sonno; alcune

DIARIO				
DATA	ORA INIZIO SONNO	ORA FINE SONNO	N° RISVEGLI	DURATA RISVEGLI
17/03/03	21,00	6,00	5	5 min.
18/03/03	21,15	6,00	4	"
19/03/03	21,00	5,45	4	"
20/03/03	20,45	6,10	3	"
21/03/03	21,30	7,00	2	10 min.
22/03/03	22,00	7,00	3	"
23/03/03	21,30	6,30	—	—
24/03/03	21,30	6,00	1	5 min.
25/03/03	21,15	5,45	2	10 min.
26/03/03	21,00	6,20	2	"
27/03/03	21,30	7,00	—	—
28/03/03	21,15	6,15	3	5 min.
29/03/03	20,30	5,00	—	—
30/03/03	21,00	5,45	—	—
31/03/03	21,20	7,00	3	10 min.
01/04/03	22,00	6,00	3	"
02/04/03	21,30	6,00	2	5 min.
03/04/03	21,00	5,45	2	"
04/04/03	22,00	7,00	2	"
05/04/03	22,00	6,45	1	10 min.
06/04/03	21,30	7,00	1	10 min.
07/04/03	21,00	7,00	—	—
08/04/03	21,30	7,30	1	5 min.
09/04/03	21,00	7,00	1	"
10/04/03	20,30	5,00	2	10 min.
11/04/03	21,30	5,30	2	"
12/04/03	21,15	5,00	1	5 min.
13/04/03	21,30	6,30	1	"
14/04/03	21,00	6,30	—	—
15/04/03	22,00	7,30	1	10 min.

TAB. 3

DIARIO				
DATA	ORA INIZIO SONNO	ORA FINE SONNO	N° RISVEGLI	DURATA RISVEGLI
31/03	10,10	7,45	4	10 -15 min.
01/04	10,00	7,40	4	10 -15 '
02/04	9,50	7,40	4	10 '-
03/04	9,30	8,00	2	10 '-
04/04	10,00	8,10	2	10 '-
05/04	10,15	8,20	—	—
06/04	9,30	8,20	1	10 '
07/04	10,05	7,20	1	5 '
08/04	10,10	7,30	—	—
09/04	10,00	7,30	—	—
10/04	9,50	7,40	1	pochi min.
11/04	10,10	7,45	1	pochi min.
12/04	10,10	8,30	—	—
13/04	10,05	8,30	—	—
14/04	10,15	7,40	—	—

TAB. 4 (In questa scheda-diario l' "ora inizio sonno" è stata indicata post-meridiana)

non sono ben accertabili (insonnie primitive), altre hanno chiari rapporti con fattori estrinseci (insonnie secondarie).

## LE INSONNIE PRIMITIVE

Alle insonnie primitive appartengono molti disturbi del sonno del lattante, legati al comportamento genitoriale ed all'ambiente.

I **pianti notturni condizionati** sono strettamente correlati all'abitudine persistente ad addormentarsi con i genitori ed ai successivi trasferimenti notturni in altro letto e/o in altra stanza.

Nel **sonno problematico**, il sonno del bambino è disturbato dall'incapacità ad avere una normale continuità. Ad un primo addormentamento, non sempre del tutto regolare nelle tempistiche e modalità, succede un breve periodo di

sonno, un risveglio ed altri addormentamenti agitati, seguiti da continui risvegli che richiedono sempre un attivo intervento consolatorio dei genitori. È quasi sempre ipotizzabile, in questi casi, che il disturbo sia attribuibile a turbe del sonno-sognante, veri e propri eventi analoghi alle *allucinazioni ipnagogiche*: il bambino, molto verosimilmente colpito dalla violenza di un sogno terrifico durante la fase di addormentamento, rivive per tutta la notte, e spesso per numerose notti, il ricordo del sogno, come se si trattasse di una realtà paurosa che lo angosca e lo induca a chiedere l'aiuto dei genitori (pianto).

I pianti da paura notturna hanno una natura differente e sono caratterizzati, non solo dall'età del lattante, ma spesso anche fino all'età scolare, da risvegli agitati, accompagnati da atteggiamenti di osservazione circospetta e di ricerca per "ansia da abbandono" in rapporto alla paura di non ritrovare i genitori al risveglio. Questa paura è, spesso, motivata da precedenti esperienze di risveglio quando il papà e/o la mamma hanno lasciato il domicilio per recarsi a lavorare o non sono presenti per turni notturni o altri motivi.

## PAZIENTI E METODI

In questo studio è stata valutata l'efficacia di un farmaco omotossicologico *versus* l'allopatico standard di riferimento nella terapia dell'insonnia primitiva nel bambino.

► Nel periodo compreso tra il 1\2\2003 e il 1\5\2003, presso 7 Studi pediatrici sono stati ammessi al *trial* 120 bambini che presentavano i seguenti **criteri di inclusione**:

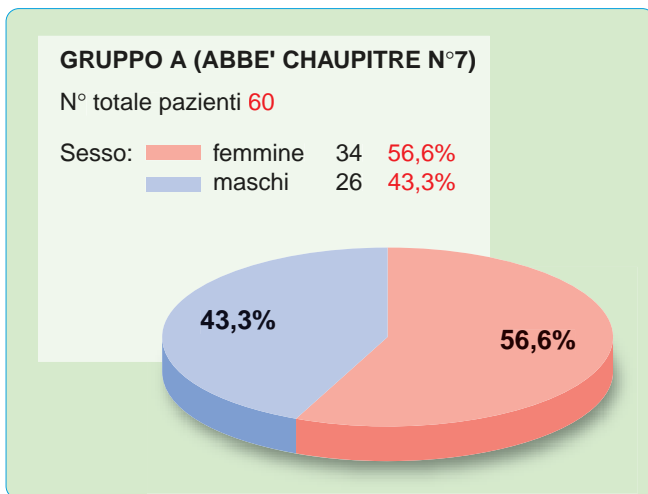
- età compresa tra 6 mesi e 3 anni,
  - ripetuti risvegli notturni o 1 solo risveglio notturno di durata > a 30 minuti,
  - insonnia primitiva e di tipo centrale.
- Sono stati **esclusi** i bambini che presentavano insonnia secondaria (correlata a patologia organica) ed i bambini che presentavano 1 solo risveglio notturno della durata < a 30 minuti (considerato entro i limiti di norma).

► I bambini inclusi nello studio sono stati oggetto di **follow up** per 3 mesi. I genitori, al momento del colloquio, venivano informati sullo svolgimento dello studio; ricevevano informazioni dettagliate sul farmaco omotossicologico e allopatico e, in caso di consenso informato scritto, ricevevano una scheda-diario su cui annotare: ora di inizio e fine sonno; numero e durata dei risvegli (alcuni esempi: **TABB. 3, 4 e 5**). Al momento del colloquio, il Pediatra, doveva annotare sulla scheda personale del paziente il numero e la durata dei risvegli **prima** della terapia. Inoltre, ogni 15 giorni il genitore doveva riconsegnare al Pediatra il diario per la valutazione. Il numero dei pazienti oggetto di studio

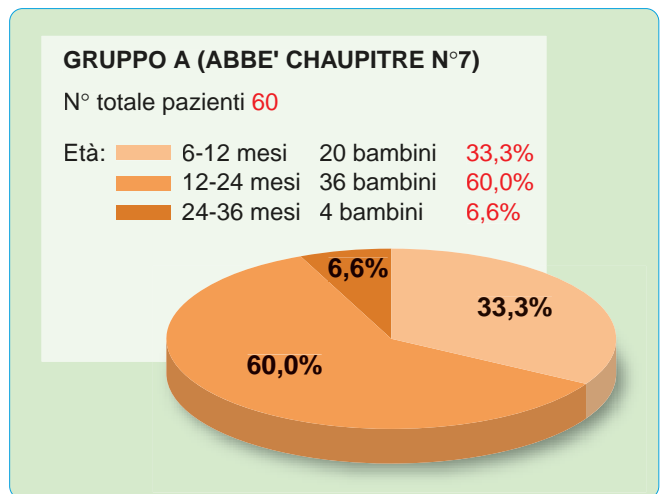
DIARIO				
DATA	ORA INIZIO SONNO	ORA FINE SONNO	N° RISVEGLI	DURATA RISVEGLI
01/04	22,00	8,00	4	20 min.
02/04	22,00	7,00	4	20 min.
03/04	21,30	7,30	5	15 min.
04/04	22,00	8,00	4	20 min.
05/04	21,30	8,00	4	15 min.
06/04	22,00	7,30	3	10 min.
07/04	21,30	8,00	3	10 min.
08/04	22,00	7,00	2	10 min.
09/04	22,00	7,00	2	10 min.
10/04	21,30	8,00	3	15 min.
11/04	22,00	7,30	2	15 min.
12/04	22,30	8,00	3	10 min.
13/04	22,00	7,00	1	15 min.
14/04	22,00	7,30	1	15 min.
15/04	22,30	7,30	2	10 min.
16/04	22,30	8,00	2	10 min.
17/04				
18/04				
19/04	<i>La madre non somministra il farmaco perchè in vacanza e l'ha dimenticato.</i>			
20/04	<i>Riferisce che il bambino si sveglia di più e più a lungo.</i>			
21/04				
22/04				
23/04	22,30	7,30	2	10 min.
24/04	22,00	8,00	2	10 min.
25/04	22,30	8,00	1	15 min.
26/04	22,30	7,30	2	15 min.
27/04	22,00	7,30	1	10 min.
28/04	22,30	7,30	1	10 min.
29/04	22,30	7,30	2	5 min.
30/04	22,30	8,00	1	10 min.

TAB. 5

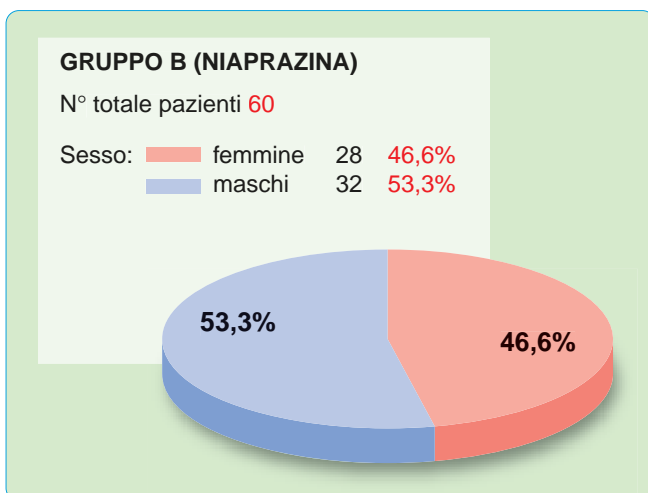
TAB. 6



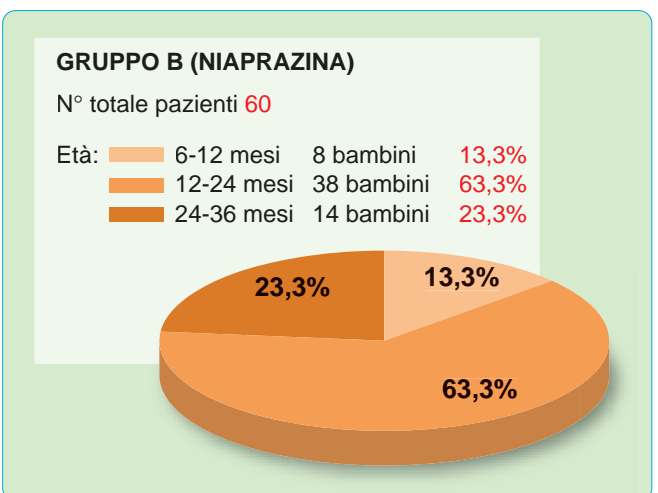
TAB. 7



TAB. 8



TAB. 9





è stato **120; 60** trattati con il farmaco omotossicologico (TABB. 6 e 7) e **60** con il farmaco allopatico di riferimento (TABB. 8 e 9).

- Si riporta l'elenco dei rimedi omeopatici usualmente utilizzati nell'insonnia del bambino (FIG. 2).

## PROTOCOLLO TERAPEUTICO

- Al Gruppo A è stato somministrato il farmaco omotossicologico **ABBE' CHAUPITRE N° 7** (FIG. 3) con la seguente posologia:
  - 6 mesi-1 anno: 5 gocce, 1 ora dopo cena

- 1-2 anni: 6 gocce, 1 ora dopo cena
- 2-3 anni: 7 gocce, 1 ora dopo cena

- Al Gruppo B (controllo) è stata somministrata **Niaprazina** con la seguente posologia:
  - numero di ml corrispondenti ad 1/3 del peso corporeo, in dose unica serale.

FIG. 2

### RIMEDI OMEOPATICI CLASSICI – TERAPIA DELL'INSONNIA DEL BAMBINO –

#### ● RIMEDI DI TERRENO "ANSIOSO"

**GELSEMIUM:** difficoltà ad addormentarsi. Sonno agitato. Sussulta dormendo. Soggetto timoroso, emotivo.

**IGNATIA:** insonnia provocata o aggravata dalle contrarietà. Sospiri e sbadigli. Carattere paradossale delle modalità.

**ARGENTUM NITRICUM:** sonno con incubi. Il bambino si sveglia di soprassalto. Bambino emotivo che ha paura del futuro.

**COFFEA:** insonnia con ipersensibilità sensoriale. Il bambino si muove in continuazione nel letto. Si risveglia sussultando.

#### ● RIMEDI DI TERRENO "ANSIOSO-DEPRESSIVO"

**KALIUM PHOSPHORICUM:** insonnia che segue la stanchezza nervosa in bambini spossati ed irritabili. Il bambino parla dormendo; ha incubi e paure notturne.

**ACIDUM PHOSPHORICUM:** il sonno è agitato, non ristoratore.

Rimedio indicato in bambini rallentati intellettualmente e fisicamente.

**LACHESIS:** insonnie prima di mezzanotte, con sussulti o sensazioni di soffocamento al momento dell'addormentamento. Incubi e sogni angoscianti.

**STAPHISAGRIA:** segni distintivi: vessazioni o contrarietà in bambini suscettibili, sensibili che vivono in un ambiente dominante.

#### ● RIMEDI DI INSTABILITÀ PSICOMOTORIA

**CHAMOMILLA:** bambino sonnolento di giorno, insonne di notte; con sogni sgradevoli. È generalmente collerico, capriccioso; sta meglio se viene cullato o tenuto in braccio.

**NUX VOMICA:** il bambino si risveglia tra le 3 e le 4 del mattino e tende a riaddormentarsi verso le 6 (conseguenze difficoltà a svegliarsi la mattina). Il sonno è sempre agitato. Tende alla sonnolenza postprandiale. Bambino autoritario, suscettibile.

**KALIUM BROMATUM:** bambini che manifestano agitazione particolare delle mani e delle estremità.

**HYOSCYAMUS NIGER:** il bambino balbetta, ride, grida, sussulta durante il sonno. Ha incubi, è suscettibile e geloso. Tendenza ai tic.

**STRAMONIUM:** paura del buio; necessità di una luce accesa.

**CINA:** digrignamento dei denti durante il sonno. Spesso si associa a parassitosi.

**ZINCUM:** sonno con agitazione "delle gambe e dei piedi" dopo sovraccarico o stanchezza nervosa.

**ARNICA:** agitazione fisica dopo una giornata di gioco intenso.

**PULSATILLA:** disturbi di addormentamento; il bambino ha paura di stare solo.

**CYPRIPEDIUM:** è il bambino più eccitato. Si addormenta senza difficoltà; si risveglia nella seconda parte della notte; vuole giocare; è impossibile farlo addormentare.

#### ● RIMEDI DI FONDO

**ARSENICUM ALBUM:** sonno agitato tra la 1 e le 3 del mattino, con ansietà. Sonno non ristoratore. Bambini meticolosi, ordinati.

**NATRIUM MURIATICUM:** grande necessità di dormire ma con difficoltà a prendere sonno che, comunque, è sempre agitato. Stanchezza al risveglio.

**SULFUR:** difficoltà ad addormentarsi. Sonno agitato con risvegli tra le 3 e le 4 del mattino e difficoltà a riaddormentarsi. Il bambino di notte si scopre perché ha l'impressione di avere i piedi che "bruciano".

**CALCAREA CARBONICA:** i lattanti sudano (capo) mentre si addormentano e durante il sonno. Si risvegliano spesso durante la notte e sussultano al minimo rumore.

**PHOSPHORUS:** bambini longilinei, magri, nervosi ed ipersensibili. Spesso sonnolenti e assopiti durante la giornata, si addormentano tardi e, il mattino, hanno sempre l'impressione di non aver dormito abbastanza.

**SILICEA:** bambini nervosi, ma timidi, frettolosi, gracili. Sudano facilmente, soprattutto ai piedi; sussultano durante il sonno e sudano addormentandosi.

**THUJA:** disturbi del sonno dopo vaccinazioni, terapie prolungate e infezioni croniche.

Le motivazioni che ci hanno spinto ad affrontare questo studio, di non facile approccio, sono molteplici:

- l'insonnia rappresenta un problema di difficile risoluzione;
- le tecniche comportamentali (anche da noi consigliate) non sono sempre attuabili poiché presuppongono la collaborazione di entrambi i genitori e molta determinazione nell'applicazione (i genitori appartenenti a classi sociali più abbienti ottengono migliori risultati rispetto a quelli delle classi meno abbienti). Questa metodica, pur valida, non è proponibile su larga scala ed in tempi brevi;
- l'Allopatia prevede il ricorso alla terapia farmacologica (*Niaprazina* e *Benzodiazepine*) che, spesso, presentano effetti collaterali negativi nocivi su un piccolo organismo;
- molti genitori "si rassegnano" al fatto che il bambino non dorma e si sottopongono, a loro volta, a privazione di sonno e a ritmi di vita stressanti;
- importanti conseguenze lavorative e sociali: il genitore che non ha dormito le ore sufficienti lavora male e si assenta spesso dal lavoro, con relativo alto costo sociale.

## RISULTATI

Sono stati valutati i seguenti parametri:

- numero e durata dei risvegli notturni;
- effetti collaterali (ipersonnia, effetto paradosso, alterazione dell'umore, deficit di concentrazione, ecc).

- ▶ Il GRUPPO A (**Abbe' Chaupitre N° 7**) ha presentato (TAB. 10):
  - riduzione del **63,3%** del numero e della durata dei risvegli;

- sonno molto più tranquillo di quello antecedente la terapia;
- anche durante le ore diurne, i bambini riposavano più a lungo e con migliore qualità di sonno;
- il numero dei risvegli diminuiva proseguendo l'assunzione del farmaco; nel 18,3% dei casi, si è ottenuto sonno ininterrotto;
- durante il giorno il bambino era perfettamente vigile e non presentava mutamenti di umore;
- si sono rilevati 2 casi di effetto paradossale.

**OSSERVAZIONI:**

Alcune mamme, particolarmente scettiche, hanno osservato scrupolosamente tutte le indicazioni posologiche del farmaco omotossicologico, ma l'hanno somministrato in modo discontinuo. In questo *proving* spontaneo è stata osservata la relazione causa-effetto della terapia, al di là di ogni possibile condizionamento: i bambini non presentavano risvegli notturni quando avevano assunto il farmaco e viceversa.

► **IL GRUPPO B (NIAPRAZINA)** ha presentato (TAB. 11):

- riduzione dei risvegli notturni del **68,3%**;
- nel **33,3%** i genitori hanno spontaneamente deciso di interrompere la terapia per la comparsa di importanti effetti collaterali (sonno "troppo profondo", bambino non perfettamente vigile durante il giorno, cambiamento del tono dell'umore);
- 2 casi di effetto paradossale.

**EFFETTI COLLATERALI DELLA NIAPRAZINA RIPORTATI NELLA SCHEDA TECNICA:**

*"Si attira l'attenzione sui rischi di sonnolenza diurna provocati da questo farmaco. Sono stati segnalati casi di malessere accompagnato talvolta da ipotonia od ipertonia e sintomi vertiginosi, prevalentemente in corrispondenza della prima assunzione, coincidente ad una posologia elevata. Oltre alla sonnolenza diurna, si segnala anche un'eccitazione paradossale: in entrambi i casi è sufficiente una sorveglianza sintomatica..."*

FIG. 3

**ABBE' CHAUPITRE FORMULA N° 7**

**PROPRIETA':** sonnifero, tonico e sedativo del SNC, calmante, antidepressivo

**INDICAZIONI:** stati ansiosi, nervosismo, nevralgie, ipocondria, inquietudine, instabilità dell'umore

**COMPOSIZIONE:**

**CHAMOMILLA 6CH:** Matricaria chamomilla / Composite

Particolarmente indicata come sedativo, contro gli stati di eccitazione nervosa. Per bambini irritabili, di malumore, stizzosi. I pazienti sono ipersensibili e non sopportano il dolore. Insonnia associata a grande agitazione. I bambini non si calmano finché non vengano presi in braccio e portati in giro.

**HYOSCYAMUS 6CH:** Hyoscyamus niger / Solanacee

Il più importante principio attivo di Hyoscyamus è la iosciamina, che induce sonnolenza e rilassamento. Indicato negli stati di eccitazione con irrequietezza, agitazione motoria, loquacità.

I bambini che rispondono a Hyoscyamus sono in genere violenti, gelosi, con accessi di rabbia, ma anche con umore depresso fino alla melanconia; sonno molto agitato; a volte borbottano, ridono, gridano e sussultano durante il sonno. Si risvegliano brutalmente a causa di incubi.

**OPIUM 6CH:** Papaver somniferum / Papaveracee

Indicato per gli stati di insonnia con eccitazione e ipersensibilità agli stimoli dolorosi. In Pediatria lo si somministra a bambini che hanno subito un forte spavento.

**PULSATILLA 6CH:** Pulsatilla pratensis / Ranunculacee

Rimedio indicato per il bambino che ha bisogno di profondo contatto affettivo. Estrema sensibilità alla qualità del rapporto con la madre durante i primi anni di vita. Ha grande insicurezza e paura di essere abbandonato. Migliora quando è consolato. Vuole dormire nel letto con la mamma; ha bisogno di contatto fisico.

Deve verificare che i genitori non l'abbiano abbandonato (tiene la mano della mamma o le tocca i capelli per addormentarsi).

**HELLEBORUS 6CH:** Helleborus niger / Ranunculacee

Indicato per i bambini con melanconia, psicosi, idee fisse, apatia. Il sonno è accompagnato da tremori, contrazioni muscolari e movimenti quasi convulsivi. Torpore mentale.

**IGNATIA 6CH:** Strychnos Ignatii / Loganiacee

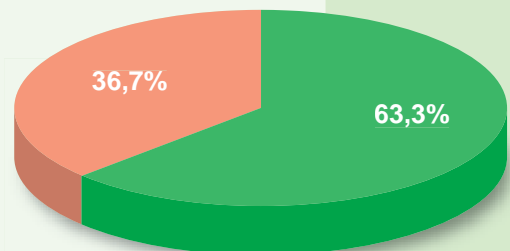
Indicata per isterismo e stati di esaurimento nervoso; i bambini che necessitano di Ignatia sono impazienti, litigiosi, collerici, ipersensibili. Reagiscono molto sensibilmente allo spavento e tendono facilmente a spasmi e convulsioni. Si arrabbiano per minime difficoltà che sembrano loro insormontabili. L'umore può passare rapidamente da un estremo all'altro. Rimedio nervino.

**GRUPPO A – ABBE' CHAUPITRE N°7**

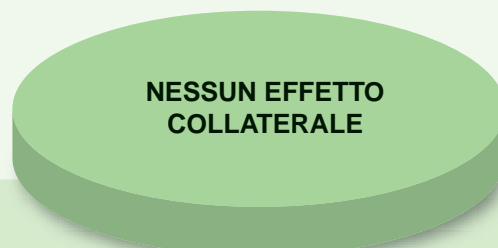
TAB. 10

N° totale pazienti: **60**

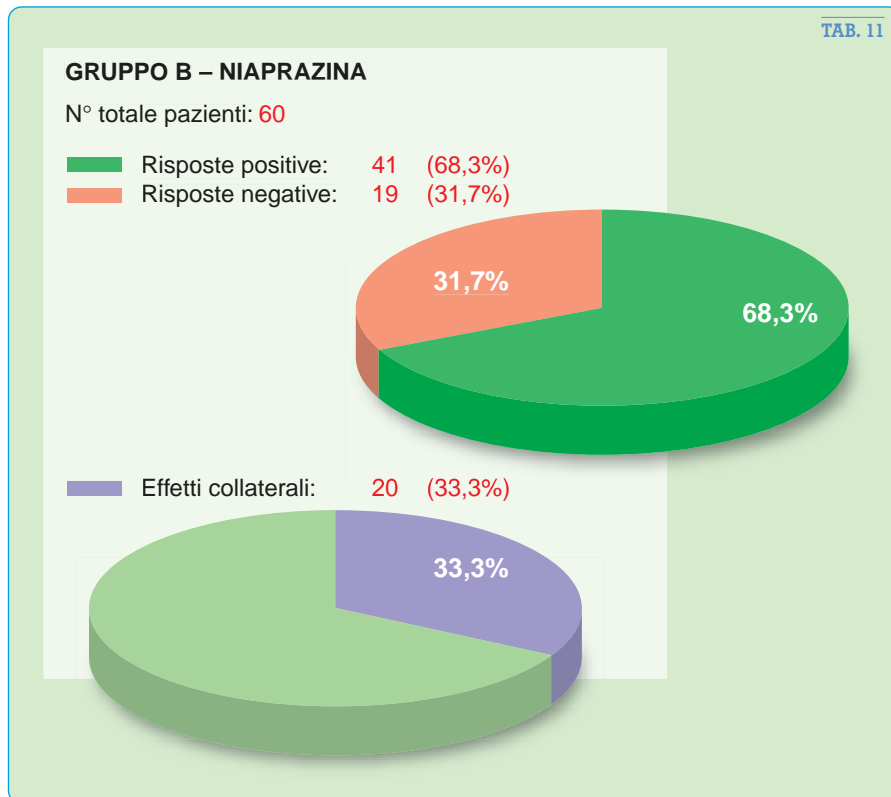
■ Risposte positive: **38 (63,3%)**  
 ■ Risposte negative: **22 (36,7%)**



■ Effetti collaterali: **NESSUNO**



TAB. 11



## DISCUSSIONE

Obiettivo del nostro studio non era l'ottenimento dell'assoluta assenza, dopo terapia, di risvegli notturni (fatto che, peraltro, si è verificata nel 18,3% dei casi), ma la verifica di una importante riduzione del loro numero e durata.

Tutti i bambini inclusi presentavano insonnia centrale con caratteristiche simili:

- risvegli ripetuti (da un minimo di 4 ad un massimo di 15 per notte);
- agitazione psicomotoria durante il sonno con pianti apparentemente immotivati;
- trasferimento nel letto dei genitori;
- richiesta ripetuta, durante il sonno, di bevande o di allattamento al seno.

## CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti si ritiene sicuramente valida la proposta di trattamento dell'insonnia primitiva del bambino con il farmaco omeopatico/omotossicologico Abbè Chaupitre N° 7 sia per la netta diminuzione dei risvegli not-

turni per numero e durata, sia per l'ottima *compliance*, oltre che per l'assenza di effetti collaterali. ■

## Letteratura

1. BIANCHI I. – Pediatria e Omotossicologia - Guna Ed. 1996.
2. BURGIO R. – IANNETTI P. - Neurologia pediatrica. Ed. Utet. 1999.
3. DUJANY R. – Materia medica omeopatica - Raffaello Cortina Ed. 1988.
4. GATTI G. – Dal sintomo, alla diagnosi, alla terapia. Ed. Dompè. 2000.
5. GRANATA G. – Omeopatia in Pediatria - Raffaello Cortina Ed. 1989.
6. GREEN M., HAGGERTY R. – Pediatria ambulatoriale. Centro Scientifico Editore. 1995.
7. JOUANNY J., CRAPANNE J.B., DANCER H., MASSON J.L. – Terapia omeopatica. Ariete Edizioni. 1993.
8. LISSAUER T. - CLAYDEN G. – Pediatria. Centro Scientifico Editore -1997.
9. MATARESE S. – Appunti di clinica omeopatica costituzionale. Guna Ed. 1996.
10. NELSON – Essentials di pediatria. Edizioni Minerva Medica - 2000.
11. RECKEWEG H.H. – Materia medica omeopatica. Guna Ed. 1990.
12. SOCIETA' ITALIANA DI PEDIATRIA – Area pediatrica. Masson Ed. 2002.

– L'Autore ed i Pediatri arruolati nello studio ringraziano il **Prof. L. Milani**, Vice Presidente AIOT e Direttore Scientifico de La Medicina Biologica, per i suggerimenti e consigli, durante la fase di impostazione e programmazione della sperimentazione clinica.



### Per riferimento bibliografico:

COLOMBO M. - Terapia omotossicologica dell'insonnia in età pediatrica. Valutazione di uno studio multicentrico controllato. La Med. Biol. 2003/4; 63-70.

### Indirizzo dell'Autore:

**Dr.ssa Maria Colombo**  
 – Specialista in Pediatria  
 Via Bertolazzi, 20  
 I - 20100 Milano  
 dott.sacolombo@libero.it