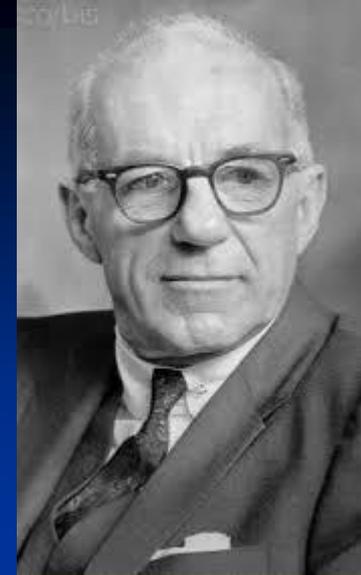
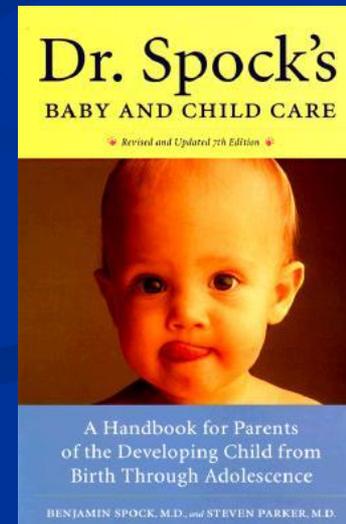


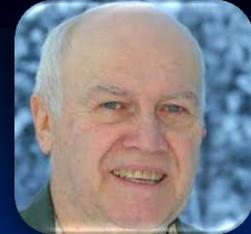
Benjamin Spock



- Il famoso pediatra, alla fine degli anni '40, diede consigli per far dormire il bambino:
 - ***““La cura è semplice: metti il bambino a letto ad un'ora ragionevole. Di buonanotte affettuosamente ma fermamente, esci dalla stanza e non tornare indietro ... ”(Spock, 1946).***
- Con metodo del pianto (crying out) fino a 1,5 anni la maggior parte dei bambini piangeva indignato da 10 a 20' la prima notte e da 5 a 10' la seconda notte, e la grande maggioranza di loro è stata curata entro due notti.



Ronald Illingworth



- *““Colui che dice di conoscere tutte le risposte, o suggerisce che un particolare metodo è infallibile, ha poca esperienza con i bambini Non è sufficiente istruire i genitori a disciplinare il bambino, a metterlo a letto ad una certa ora e, se si oppone, lasciarlo piangere o dare farmaci. **Il trattamento dei problemi del sonno non è così semplice.**”*
- “I farmaci hanno poco spazio nei problemi del sonno e il fenobarbital è inutile con questi bambini. **Il miglior farmaco è l'idrato di cloralio somministrato mezz'ora prima di andare a dormire**”
- Per quanto riguarda i risvegli precoci è divertente leggere: "All'età di tre anni deve capire che non deve disturbare i suoi genitori. Prima dell'età della ragione, tuttavia, si deve accettare questo comportamento come una delle penalità di avere i figli".

CLASSIFICATION OF INSOMNIA OF CHILDHOOD

- **ICSD (1990; -R, 1997)**
 - Behavioral insomnia of childhood
 - Sleep onset association disorder
 - Limit setting sleep disorder
- **ICSD-II (2005)**
 - Behavioral insomnia of childhood
 - Sleep onset association type
 - Limit setting type
 - Combined type
- **ICSD-III (2014)**
 - Disturbo da insonnia cronica
 - *Poiché non ci si aspetta che i bambini dormano durante la notte con regolarità fino a 3-6 mesi, **6 mesi è un'età ragionevole per considerare una diagnosi di disturbo di insonnia cronica**, a meno che l'insonnia sia molto marcata in età precoce.*

Chronic Insomnia Disorder ICSD-3 Criteria

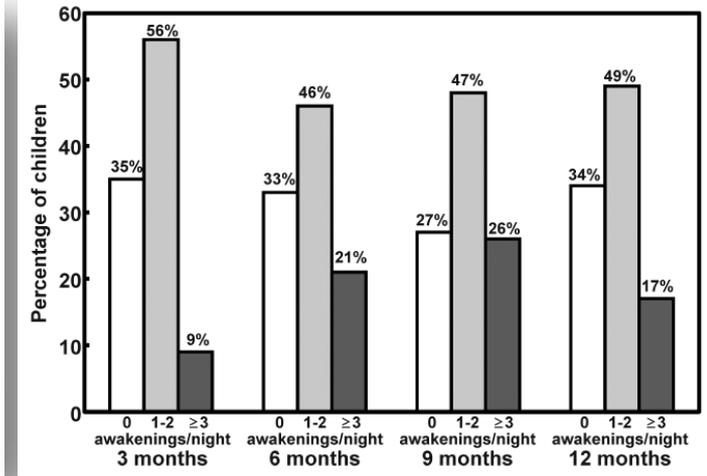
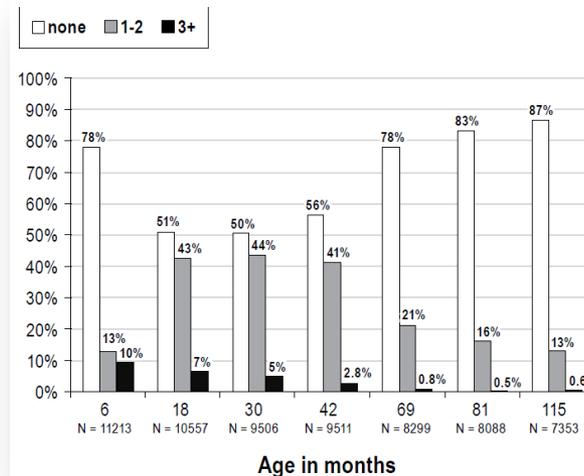
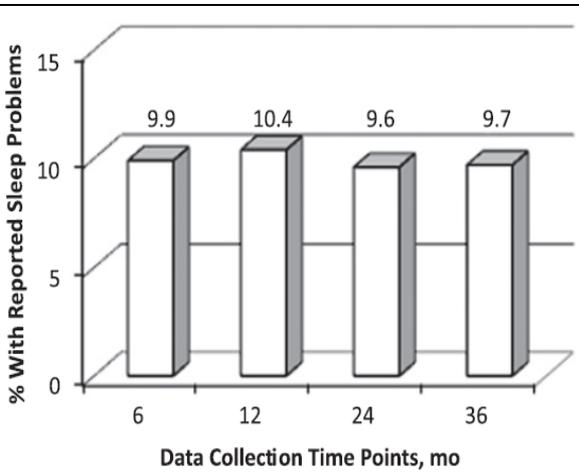
ICD-10-CM code: F51.01

- I genitori che hanno aspettative di sonno non realistiche per i loro figli possono predisporli ad insonnia mettendoli a letto troppo presto o assegnandoli troppo tempo a letto ogni notte.
- **L'insonnia infantile è spesso associata a un temperamento difficile, così come ad altre condizioni mediche e psichiatriche comorbili.**
- **Fattori ambientali** come situazioni domestiche instabili, problemi di sicurezza, relazione con il caregiver e abusi domestici sono fattori di rischio significativi e **possono contribuire ad associazioni negative di favorenti l'insonnia**
- I genitori di bambini con una storia attuale o passata di problemi medici possono avere difficoltà a stabilire dei limiti, a causa del senso di colpa, la sensazione che il bambino sia "vulnerabile" o preoccupato di fare danni psicologici.

Byars et al. Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of life. Pediatrics 2012

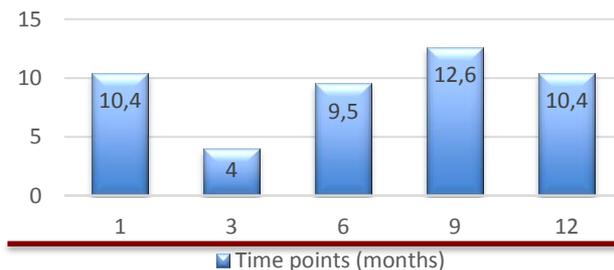
Blair et al. Childhood sleep duration and associated demographic characteristics in an english cohort. Sleep 2012

Bruni et al. Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life. 2014;10:1119-27



Bruni et al. Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life. 2014;10:1119-27

Parent reported sleep problems



Percezione genitoriale del problema di sonno

- risvegli
- difficoltà bedtime

Table 6—Association between parental perception of an overall sleep problem and sleep variables.

	3 months	6 months	9 months	12 months
Sleep latency	0.08	0.16	0.12	0.17
Night time sleep	0.04	-0.06	-0.10	-0.15
Daytime sleep	-0.07	-0.08	-0.13	-0.12
Total sleep time	-0.04	-0.09	-0.16	-0.19
Number of naps	-0.01	-0.04	-0.06	-0.01
Bedtime	-0.08	0.00	0.01	0.06
Rise time	-0.03	-0.06	-0.09	-0.10
Nighttime awakenings	0.35 *	0.41 *	0.45 *	0.46 *
Falling asleep difficulties	0.35 *	0.42 *	0.37 *	0.40 *

* p < 0.01.

COSA POSSONO FARE I DOTTORI?

Terapia comportamentale



- ESTINZIONE
- ESTINZIONE GRADUALE
- BEDTIME ROUTINE POSITIVE
- RINFORZO POSITIVO
- RISVEGLI PROGRAMMATI
- EDUCAZIONE PREVENTIVA

- * Il trattamento cognitivo-comportamentale per il rifiuto di andare a dormire e i risvegli notturni nella prima infanzia ha due componenti principali:
 - * modificare le cognizioni genitoriali sui comportamenti e sui bisogni del sonno dei loro figli
 - * modifica dei comportamenti e delle risposte dei genitori al bambino nel tentativo di cambiare le risposte apprese, le aspettative e i comportamenti del bambino

Discussion of Extinction-Based Behavioral Sleep Interventions for Young Children and Reasons Why Parents May Find Them Difficult

Hayley Etherton, BPsychHons¹; Sarah Blunden, PhD¹; Yvonne Hauck, PhD²

J Clin Sleep Med 2016;12(11):1535–1543

- Ragioni per cui i genitori possono trovare difficili gli interventi di estinzione: *pianto duraturo, considerazioni pratiche, paura di ripercussioni, disinformazione, incongruenza con le credenze personali, diverse pratiche culturali e benessere dei genitori.*
- **La resistenza dei genitori rimane il più grande ostacolo all'attuazione degli interventi di estinzione, *la maggior parte dei genitori ritiene che l'estinzione graduale sia troppo difficile e stressante da attuare.***
- **Nonostante sia un problema noto da decenni, pochi ricercatori lo hanno esplicitamente affrontato.**

Gli interventi comportamentali sono efficaci come riportato?

- Le tecniche comportamentali del sonno non hanno causato danni duraturi o benefici a bambini e genitori: **nessuna differenza tra gruppo clinico e gruppo controllo** [*emozioni e comportamento del bambino, problemi del sonno, funzionamento psicosociale del genitore e del bambino*] (Price et al., 2012)
- **Gli interventi comportamentali per il sonno infantile nei primi 6 mesi non hanno diminuito il pianto infantile, non prevengono i problemi comportamentali o proteggono dalla depressione postnatale**; peggiorata l'ansia materna e aumentato il rischio di SIDS (Douglas & Hill, 2013)
- Una meta-analisi ha indicato l'impatto **sull'umore materno e piccoli miglioramenti nel tempo di sonno notturno infantile** e nessuna evidenza per ridurre le ore notturne dei neonati (Kempner et al., 2016)
- I genitori esposti alla CBT hanno sperimentato una migliore percezione del sonno infantile, dell'umore, della qualità del sonno, ma non il n. di risvegli infantile misurato usando l'actigrafia. (Hall et al., 2015)
- **Una meta-analisi ha mostrato prove di livello moderato a sostegno degli interventi comportamentali per l'insonnia nei bambini** (Meltzer, Mindell, 2014)

Sadeh A, Mindell JA. Infant sleep interventions - Methodological and conceptual issues, Sleep Medicine Reviews (2016)

- I genitori riportano una riduzione dei risvegli notturni perché il sonno infantile è in realtà diventato più consolidato o perché il loro bambino ha imparato ad auto-consolarsi e richiede meno attenzione quando è sveglio (o una combinazione di questi due processi)?
- Questo solleva una domanda importante:
 - Siamo interessati a fare in modo che il bambino stia dormendo meglio o è sufficiente che il bambino abbia imparato ad auto-consolarsi e richiede un minore coinvolgimento dei genitori?

PREDISPOSIZIONE GENETICA ALL'INSOMNIA

- **La storia familiare era il secondo fattore predittivo più forte nell'insonnia** [LeBlanc et al. 2009]
- Il 35% degli insonni ha un parente di primo o secondo grado con un problema di sonno in corso o passato (> madri) [Bastien & Morin 2000]
- Tra il 35% e il 55% dei parenti di primo grado hanno anche insonnia
- **Ereditabilità tra 42% e 57% (Riemann et al., 2015)**
- Maggiore incidenza familiare in esordio più precoce rispetto a tardivo.
- **L'insonnia primaria è ereditabile e correlata all'ansia, alla depressione e alla reattività allo stress (Harvey et al., 2104)**
- **Quasi completamente ignorata nella ricerca sul sonno pediatrico**
 - **I fattori genetici hanno contribuito a "insonnia" a diverse età (da 8 a 18 anni) dal 33%, 38%, 14% e 24% (Barclay et al., 2015)**
 - L'ereditabilità ha contribuito per il 30,8% al sonno notturno; 36,3% sul sonno diurno; 35,3% in caso di risvegli notturni (Brescianini, 2011)
 - Ereditabilità (71%) per la durata del sonno breve e persistente (Touchette, 2013)

La serie di domande dovrebbe essere basata su descrittori comuni di insonnia da parte di genitori

- Mio figlio combatte contro il sonno
- Mio figlio si sveglia ogni ora !!
- Mio figlio non ha problemi ad addormentarsi ma si sveglia nel cuore della notte e vuole giocare !!!
- Mio figlio è come un cavallo nel letto!
- Mio figlio si muove molto durante la notte
- Mio figlio ha difficoltà ad addormentarsi e vuole essere cullato quando si sveglia nella notte

- *Dal momento che l'insonnia è una diagnosi clinica, dovremmo fare affidamento su questi descrittori per classificare neonati o bambini ...*

Clinically Oriented Subtyping of Chronic Insomnia of Childhood

Oliviero Bruni, MD¹, Stefania Sette, PhD¹, Marco Angriman, MD², Emma Baumgartner, PsyD Prof¹, Lara Selvaggini, MD¹,
Cristina Belli, MD¹, and Raffaele Ferri, MD³

- A causa della parziale sovrapposizione tra i meccanismi genetici, epigenetici e comportamentali nell'insonnia dell'infanzia, l'inefficacia dei trattamenti comportamentali può non essere dovuta unicamente alla resistenza dei genitori ad applicare le regole ma anche a condizioni genetiche che possono influenzare l'espressione dell'insonnia cronica.
- Se i fattori biologici vengono trascurati, potrebbero ridurre l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e spiegare il suo insuccesso in diversi casi.
- Potrebbe essere necessario un trattamento sia comportamentale che farmacologico.

Clinically Oriented Subtyping of Chronic Insomnia of Childhood

Oliviero Bruni, MD¹, Stefania Sette, PhD¹, Marco Angriman, MD², Emma Baumgartner, PsyD Prof¹, Lara Selvaggini, MD¹, Cristina Belli, MD¹, and Raffaele Ferri, MD³

- **338 bambini (227 M)** di età compresa **tra 6 e 48 mesi** (media 21,29, SD 10,56) con **insonnia resistente** agli approcci comportamentali e ai comuni trattamenti farmacologici.
- **Caratteristiche di insonnia** basate su descrittori comuni da parte dei genitori

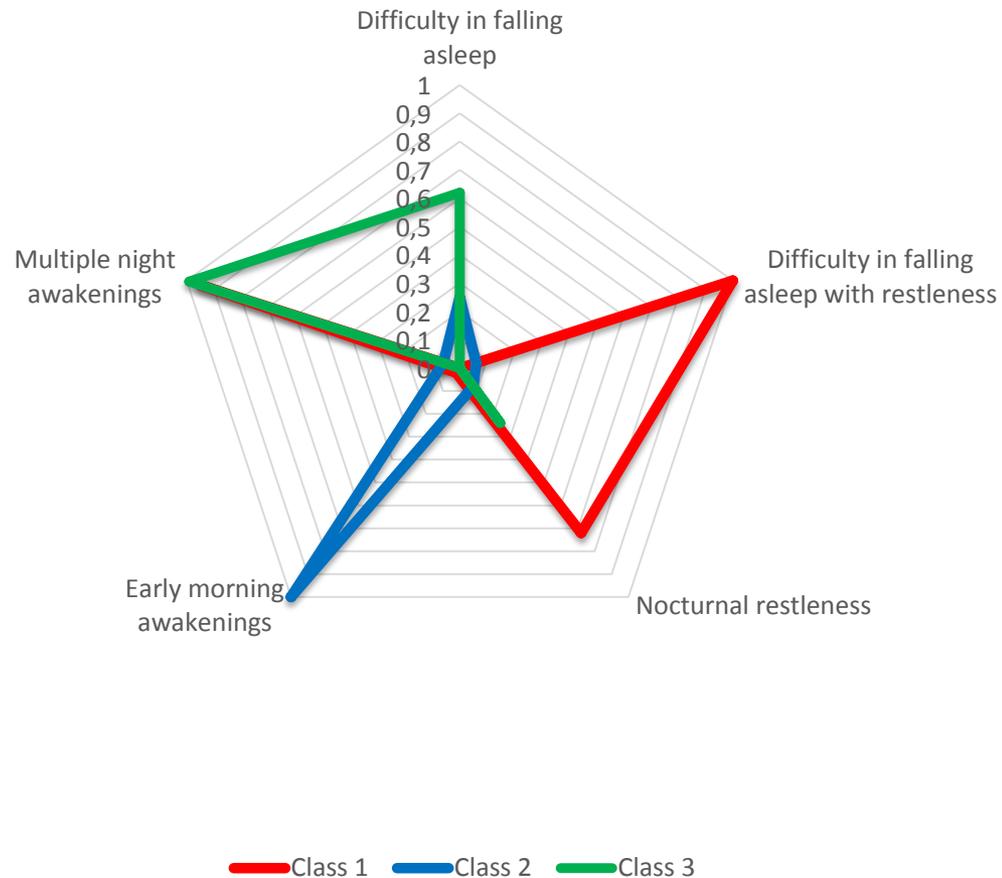
Table I. Descriptive statistics for the total sample

	Total sample	
	Mean	SD
Child sleep		
Bedtime, hour:min	9.41 p.m.	0.53
Wake-time, hour:min	7.11 a.m.	0.58
Sleep latency, min	32.0	23.0
Insomnia characteristics	No.	%
Difficulties in falling asleep	148	43.8
Difficulties in falling asleep with restlessness	62	18.3
Nocturnal restlessness	98	29.0
Early morning awakenings	72	21.3
Multiple night awakenings (≥ 3)	266	78.7
Family history	No.	%
Insomnia	102	30.2
Parasomnias	29	8.6
Headache/migraine	102	30.2
Depression/mood disorders	93	27.5
Anemia	80	23.7
Restless legs syndrome	42	12.4
Allergies/food intolerance	144	42.6
Child medical complaints	No.	%
Colic	161	47.6
Allergies/food intolerance	58	17.2
Dermatitis	41	12.1
Gastroesophageal reflux	89	26.3
Anemia	18	5.3

Clinically Oriented Subtyping of Chronic Insomnia of Childhood

Oliviero Bruni, MD¹, Stefania Sette, PhD¹, Marco Angriman, MD², Emma Baumgartner, PsyD Prof¹, Lara Selvaggini, MD¹, Cristina Belli, MD¹, and Raffaele Ferri, MD³

- LCA ha costruito un modello a **3 classi di profili di insonnia**:
- **Classe I: 17% (n = 58) difficoltà nell'addormentarsi con irrequietezza notturna e risvegli notturni**
 - *Storia familiare per RLS e anemia*
- **Classe II: 21% (n = 71) risvegli mattutini precoci**
 - *Storia familiare per depressione e/o disturbi dell'umore o emicrania*
- **Classe III: 62% (n = 209) difficoltà nell'addormentarsi e nei risvegli notturni**
 - *Storia familiare per allergie e / o intolleranze alimentari*



Clinically Oriented Subtyping of Chronic Insomnia of Childhood

Oliviero Bruni, MD¹, Stefania Sette, PhD¹, Marco Angriman, MD², Emma Baumgartner, PsyD Prof¹, Lara Selvaggini, MD¹, Cristina Belli, MD¹, and Raffaele Ferri, MD³**Table III.** Means and SDs on child sleep variables and frequencies (percentages) of familiar history for sleep problems and child disturbances for each class

Sleep variables	Class 1 n = 58		Class 2 n = 71		Class 3 n = 209		F	P	Partial η^2
	Mean	SD	Mean	SD	M	SD			
Bedtime, hour:min	9:40 p.m.	1:04	9:47 p.m.	0:49	9:38 p.m.	0:52	0.600	.55	
Wake-time, hour:min	6:59 a.m.	0:53	7:14 a.m.	1:01	7:13 a.m.	0:54	1.305	.27	.01
Sleep latency, min	45 _a	24	33 _b	29	28 _b	20	12.608	<.001	.09
		n (%)		n (%)		n (%)	χ^2	P	χ^2 post-hoc analysis
Family history									
Insomnia		12 (20.7)	20 (28.2)		70 (33.5)		3.799	.15	
Parasomnias		8 (13.8)	6 (8.5)		15 (7.2)		2.501	.29	
Headache/migraine		14 (24.1)	28 (39.4)		60 (28.7)		4.060	.13	
Depression/mood disorders		7 (12.1)	45 (63.4)		41 (19.6)		58.972	<.001	Class 2 > 1 and 3
Anemia		32 (55.2)	11 (15.5)		37 (17.7)		38.390	<.001	Class 1 > 3
Restless legs syndrome		24 (41.4)	6 (8.5)		12 (5.7)		55.356	<.001	Class 1 > 3
Allergies/food intolerance		22 (37.9)	16 (22.5)		106 (50.7)		18.138	<.001	Class 3 > 2
Child medical complaints									
Colic		30 (51.7)	29 (40.8)		102 (48.8)		1.816	.40	
Allergies/food intolerance		14 (24.1)	11 (15.5)		33 (15.8)		2.402	.30	
Dermatitis		12 (20.7)	9 (12.7)		20 (9.6)		5.292	.07	
Gastroesophageal reflux		19 (32.8)	13 (18.3)		57 (27.3)		3.686	.16	
Anemia		9 (15.5)	5 (7.0)		4 (1.9)		17.189	<.001	Class 1 > 3

- Combining the 3 groups with personal and family history, we hypothesize that these 3 insomnia subtypes may have different underlying mechanistic causes and pathophysiology.

Esempio di classe 1

- *Bambino riferito a 2 anni al nostro Dipartimento per insonnia resistente*
- A partire da 1 mese di età prolungati (diverse ore) episodi di pianto durante la notte seguiti da movimenti afinalistici degli arti superiori e inferiori con risoluzione spontanea
- Diversi ricoveri nei più importanti ospedali pediatrici in Italia: nessuna diagnosi chiara
- EEG e MRI, esami neurometabolici negativi; RGE esclusa
- Ferritina 19 ng/ml
- Ipotesi diagnostica: *sindrome periodica dell'infanzia, torcicollo parossistico benigno*



Altro esempio di classe 1

- **Dario di 5 anni e mezzo, quando si addormenta fa dei piccoli movimenti delle mani, piedi, spalle, come del resto facciamo tutti prima di addormentarsi, solo che lui continua a farli forse per tutta la notte fino a quando si sveglia fra le 7 e le 9.**
- Sono andata dalla pediatra .. mi ha ordinato uno sciroppo alle erbe per farlo dormire tutta la notte...
- **Stasera mentre guardava i cartoni, muoveva le dita dei piedi come fa di notte e pure i piedi stessi. Lo ha notato anche mio marito (tanto per far capire che non mi sto inventando 'sta cosa).**

Abitiamo nella provincia di Rovigo. Può dirmi se da queste parti c'è qualcuno da poter contattare per una visita? Oppure è una cosa che si risolve da se?

Grazie.

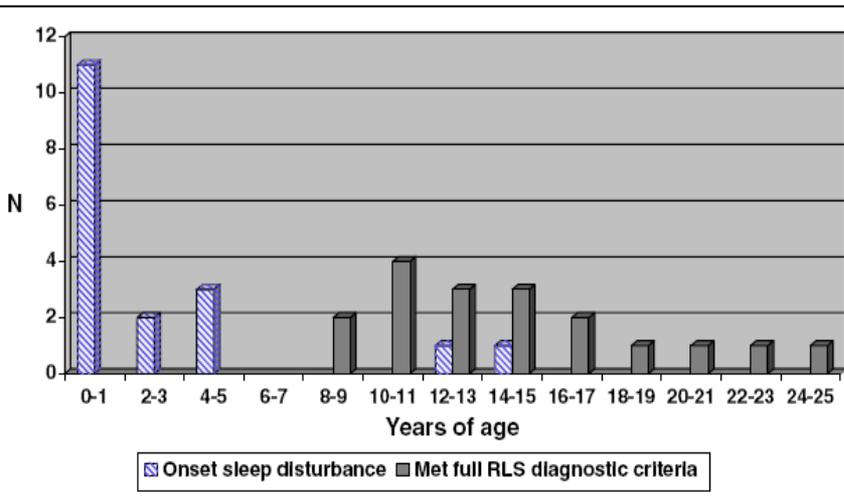
- Salve, dott. Bruni!
- Le scrivo ormai dopo 5 mesi da quando le ho sottoposto il problema di mio figlio Dario che ieri ha compiuto 6 anni
- Non so come ringraziarla.....
- Ormai ero decisa a sentire un neurologo e chissà se e quando avrebbe capito la causa del problema: **aveva degli spasmi muscolari durante la notte ma anche durante il giorno** al punto che se ne accorgeva pure lui e **mi diceva che sentiva delle "ondine"**; inoltre un giorno mi disse pure che era una sacco di tempo che non sognava più.
- **Ad ogni modo quando ho letto nella sua risposta di controllare la ferritina e la sideremia, ho capito.**
- Già ad Aprile aveva la ferritina a 20.
- *Ho parlato con la pediatra della sua risposta ma lei crede che internet sia un luogo dove si scrivono solo sciocchezze*

- Comunque mi ha dato del ferro per Dario. Ebbene, **dopo quasi due settimane sono arrivati i primi risultati e di notte riusciva a dormire fin quasi mattina.** Un giorno mi ha detto che non sentiva più le "ondine" e dopo un pò ha ripreso a sognare.
- **Dopo tre mesi di cura (anche se poco ferro per volta) stava bene ma aveva la ferritina a 29: chissà a che livello l'aveva prima.** Ho interrotto un mese ma poi ho ripreso il ferro perchè ha fatto qualche notte non bellissima.
- **Anch'io ho il problema della carenza di ferro e pure l'altro figlio.**
- Assieme alla carenza di ferro ci sono anche altri valori dell'emocromo un pò alterati al punto che ci chiedono se siamo microcitemici ma non lo siamo.

GRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIEGRAZIE!!!!!!!!!!!!

SARA E DARIO

Insonnia come precursore di RLS



- In 18 bambini e adolescenti, il disturbo del sonno ha preceduto una diagnosi di RLS definita in media di 11,6 anni (Picchietti et al., 2009; Kotagal & Silber. Ann Neurol, 2004)

🕒 RLS nei bambini

- 🕒 descrizione legata all'età del disagio alle gambe
 - 🕒 (oowies, solletico, ragni, ed energia nelle mie gambe)
- 🕒 disturbo del sonno per età
- 🕒 genitore o fratello biologico con RLS definita
- 🕒 PLMI > 5 su PSG



Esempio di classe 2

Oggetto:

Gent.mo Dott. Bruni,

nel novembre del 2003 mi aiutò con i problemi di sonno di mio figlio Lorenzo, che all'epoca aveva 16 mesi e ci faceva disperare la notte con 8/10 risvegli. Mi consigliò la terapia comportamentale ed il [REDACTED] per 20 giorni circa, oppure la Melatonina Armoia Fast. Con il suo aiuto ed un pò di pazienza i problemi si sono risolti e dai 19 mesi ha cominciato ad andare a letto di sua volontà e a dormire tranquillo con qualche risveglio occasionale e brevissimo giusto se ha sete o se si trova scoperto. Quindi un vero successo. La ringrazio ancora.

Il problema adesso è sua sorella Lisa. Ha 6 mesi (ne fa 7 il 21 Sett.) e sembra aver ereditato la poca voglia di dormire del fratellino. La sera (e anche il giorno) combatte il sonno e urla. Io, memore della precedente esperienza, cerco di farla addormentare nel suo lettino, ma non sempre è possibile. Inoltre la notte si sveglia spessissimo. Circa 1 volta ogni ora. Si lamenta ma rimettendole il ciuccio o girandola su un fianco di solito si riaddormenta. Poi una o due volte ancora prende il biberon con 120 ml di latte Humana 1 Anti Reflusso. Infatti Lisa soffre di reflusso ed è in cura con il Ranidil. Da agosto quando abbiamo cominciato a svezzarla va un pò meglio, ma ributtini ne fa sempre a volontà. Nonostante questo è bella cicciettella e sorridente. Di giorno finchè siamo fuori, o anche in casa se sto con lei è tranquilla, ma quando si tratta di dormire è la tragedia!

Posso provare il [REDACTED] anche con lei o è troppo piccola? Meglio la melatonina? La notte intervengo sempre subito anche per evitare di svegliare l'altro bimbo. Cosa altro posso fare? Sono una mamma destinata a non dormire? Soffro di mal di testa e mi sento molto fiacca anche perchè tutti e due sono piccoli e pretendono la mia attenzione continuamente.

Spero che potrà rispondermi prontamente.

Grazie mille,

Esempio di classe 3

Dalla sua nascita, Andrea ha sofferto con problemi di sonno con coliche gravi fino a 6 mesi e ha avuto GER fino a 14 mesi. Ha problemi ad addormentarsi e ha continui risvegli durante la notte.

I risvegli notturni sono prolungati (fino a 50-60 minuti).

Abbiamo cercato di calmarlo, di portarlo nel nostro letto, addormentato nella sua camera da letto.

Abbiamo provato con l'estinzione ma ha pianto per 40 minuti nella prima notte e 70 minuti di continuo nella seconda notte, quindi abbiamo rinunciato ...

- Aveva allergia al latte.
- L'eliminazione del latte e dei prodotti a base di caseina ha migliorato il sonno
- Inoltre allergia all'olivo, ecc ...

Disfunzione dopaminergica

- Anemia
- RLS
- PLM
- Dolori di crescita
- Spasmi affettivi



- *Difficoltà addorm. (sbatte le gambe)*
- *Iperattività notturna*



- *Ferro*
- *Gabapentin, DA*

Disfunzione serotonergica

- Insonnia
- Parasonnie
- Cefalea/emicrania
- Depressione
- Dist. Umore



- *No difficoltà addormentam.*
- *Risvegli a metà notte*



- *L-5-HTP*

Disfunzione istaminergica

- Atopic dermatitis
- Milk intolerance
- Cow's milk allergy
- GER?



- *Difficoltà addormentam*
- *Risvegli notturni*



- *Antiistaminici*
- *MLT*

Drugs used for sleep problems in children with NDDs

- **MELATONIN**
- **ANTIHISTAMINES**
 - diphenhydramine, hydroxyzine, trimeprazine, niaprazine
- **CLONAZEPAM**
- **GABAPENTIN**
- **CLONIDINE**
- **Z-DRUGS**
- **ANTIDEPRESSANTS**
 - amitriptyline, doxepine, mirtazapine, trazodone
- **ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS**
 - *risperidone, quetiapine, aripiprazole, and olanzapine*
- **OREXIN ANTAGONISTS**
 - almorexant and suvorexant
- **L-5-OH-TRYPTOPHAN**
- **IRON**

Psychophytomedicine

An Overview of Clinical Efficacy and Phytopharmacology
for Treatment of Depression, Anxiety and Insomnia

■ *Stephanie Maxine Ross, MH, MS, HT, CNC, PDTM*

Holist Nurs Pract 2014;28(4):275-280



Fitoterapici in uso come sedativi

Valeriana Officinalis

Escholtia Californica

Passiflora Incarnata

Melissa Officinalis

Tilia Tomentosa

Chamomilla Recutita

Biancospino

St. John's Wort

Humulus lupulus (hops)

Kava kava (caution: hepatotoxicity)

Fitoterapici/Supplementi

Meoli et al, J Clinical Sleep Medicine 1(2); 2005

- **Valeriana**¹: proprietà simili a BZD, meno "hang-over" con profilo di basso profilo laterale; case report e utilizzo di prove controllate
- **Erba S. Giovanni**²: uso in insonnia associata alla depressione; effetti variabili architettura del sonno; GI, effetti allergici; induce CYP450
- **Luppolo**²: effetti sedativi e ipnotici; studio pediatrico open-label efficace e ben tollerato; può causare ipersensibilità
- **Lemon balm**²: combinato con altri sedativi a base di erbe; no adv ev.
- **Camomilla**²: lieve sedativo; può inibire il citocromo P450
- **Lavanda**: effetto depressivo del SNC; aromaterapia segnalata per migliorare il sonno; olio tossico in caso di ingestione di grandi quantità
- **Passiflora**³: popolare in Europa; allergia, eruzione cutanea; La FDA proibisce l'uso di OTC a causa della mancanza di efficacia
- **Kava Kava**⁴: sonno miglioramento soggettivo; ansiolitico; può causare perdita di coscienza, eruzione cutanea, epatotossicità;
- **Triptofano**⁴: precursore della serotonina / melatonina, associato a EMS;

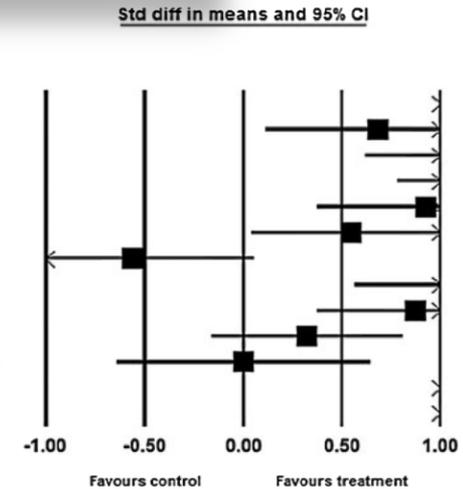
¹ Limited evidence ² Insufficient evidence ³No evidence ⁴Significant safety concerns

The Effects of Aromatherapy on Sleep Improvement: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis

JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE

Eunhee Hwang, PhD,¹ and Sujin Shin, PhD²

- L'effetto dell'aromaterapia sul sonno era inferiore all'effetto su ansia (6.03), depressione (5.11) e stress (5.29).
- L'aromaterapia ha avuto un effetto moderato sul sonno, minore dei suoi effetti su fattori psicologici e mentali.



Periodo di studio → cinque giorni feriali consecutivi

- Patch per inalazione di lavanda (*L. angustifolia* 55 µg) più igiene del sonno (LSH) (n.39)
- Patch per il placebo e igiene del sonno (SH) (numero 40).

Significativamente migliorato il benessere in relazione a sonno, energia e vitalità per il gruppo LSH ($P < .01$, $.03$, e $.05$, rispettivamente) [Lillehei et al., 2016]

La papagna, l'oppio misterioso dei nostri nonni

Che fine ha fatto l'oppiaceo usato dai nostri nonni il cui principio attivo era lo stesso della morfina e dell'eroina?



- La *papagna*, chiamata in dialetto calabrese anche *paparina*, non è altro che la pianta di *Papaver Somniferum*, cioè il **papavero da oppio coltivato nel mondo contadino fino ai primi del Novecento** e utilizzato, soprattutto sotto forma di decotto, come sonnifero, antidolorifico e tranquillante. Pianta da **non confondere con il papavero comune (Papaver Rhoëas)** dagli inconfondibili fiori rossi.
- **La papagna serviva a calmare le coliche e a conciliare il sonno dei più piccoli.** Le care nonne del Meridione, in buona sostanza, somministravano ai loro nipoti dei rimedi a base di alcaloidi.
- Ai più piccoli si dava anche *‘u titillu*, una sorta di ciuccio fatto da una pezzolina di lino arrotolata e intinta nella *papagna*

La papagna, l'oppio misterioso dei nostri nonni

Che fine ha fatto l'oppiaceo usato dai nostri nonni il cui principio attivo era lo stesso della morfina e dell'eroina?



- La cultura del papavero è intrinseca a tutta la tradizione del Meridione, in alcune parti del Salento viene denominato *babà o babafaru* e in Abruzzo *papàmbre o papambrone*»
- Il preparato più famoso a base di questa sostanza è il **laudano**, sciroppo a base di tintura di oppio con l'aggiunta di zafferano, cannella e chiodi di garofano, messo a punto da Paracelso e utilizzato come analgesico, sedativo della tosse e contro la diarrea.
- In un trattato di pediatria degli inizi del **XIV secolo** i disturbi del sonno dei bambini curati “*ponendo sulla fronte e sulle tempie panni bagnati con latte di donna che allatta una figlia femmina, olio rosato, e farina di papavero bianco*”.

La papagna, l'oppio misterioso dei nostri nonni

Che fine ha fatto l'oppiaceo usato dai nostri nonni il cui principio attivo era lo stesso della morfina e dell'eroina?

- **Infuso di fiori di papavero**: in infusione 10 g di petali di papavero in un litro di acqua bollente, lasciate in infusione per almeno cinque minuti, poi filtrare e consumate.
- Il mistero della papagna è affascinante: realizzare che intere generazioni precedenti alle nostre siano state cresciute a suon di oppiacei ed alcaloidi è quantomeno strano.
- Nonostante la papagna il mondo ha continuato a girare, possiamo demonizzare indiscriminatamente tutte le sostanze stupefacenti?
- *Ancora oggi quando il desiderio di abbandonarsi tra le braccia di morfeo è irrefrenabile si è soliti dire **'mi sta calando la papagna'**.*
- **A Roma si dice: «MO' TE DO 'NA PAPAGNA 'N FACCIA»: stai attento che sto per darti un cazzotto**

Effectiveness of Cannabidiol Oil for Pediatric Anxiety and Insomnia as Part of Posttraumatic Stress Disorder: A Case Report

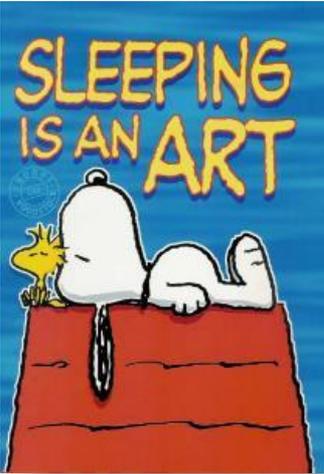
Scott Shannon, MD, ABIHM; Janet Opila-Lehman, ND

Perm J 2016 Fall;20(4):16-005

E-pub: 10/12/2016

<http://dx.doi.org/10.7812/TPP/16-005>

- Una bambina di dieci anni che è stata vittima di abusi sessuali e ha avuto una minima supervisione dei genitori da quando aveva meno di cinque anni.
- I farmaci hanno fornito un parziale sollievo, ma i risultati non sono duraturi e ci sono stati importanti effetti collaterali.
- **CBD da 12 mg a 25 mg una volta al giorno sembra fornire sollievo dai sintomi chiave con effetti collaterali minimi e ha portato ad una diminuzione dell'ansia e ad un costante miglioramento della qualità e della quantità del sonno del paziente.**



Grazie!



© 1990 United Feature Syndicate, Inc.

