

R. Pulzoni



CASE REPORT

## RIASSUNTO

I fenomeni fisio-neuro-patologici che conducono alla Sindrome di Narcolessia e Cataplessia risultano ancora incerti. La letteratura specializzata sostiene che le attuali terapie convenzionali non siano ancora sufficientemente consolidate; pertanto, in riferimento a un caso clinico di Narcolessia Tipo 1 (Narcolessia e Cataplessia), patologia neurologica non frequente nella pratica giornaliera ambulatoriale, è stato deciso di applicare una serie di azioni interattive e multidisciplinari finalizzate a dimostrare l'efficacia dell'impiego dei medicinali BrSM (*Bioregulatory Systems Medicine*) e PRM (*Physiological Regulating Medicine*) in supporto all'intervento tradizionale.

**PAROLE CHIAVE** NARCOLESSIA, CATAPLESSIA, GUNA-BDNF, GUNA-NT3, GUNA-MELATONIN, SELENIUM COMPOSITUM N, IGNATIA-HEEL, PSICOTERAPIA, PREVENZIONE, STILE DI VITA

**SUMMARY:** The physio-neuro-pathological phenomena that lead to Narcolepsy and Cataplexy Syndrome are still uncertain; the specialized literature states that current allopathic treatments are not yet sufficiently consolidated. Therefore, in reference to a clinical case affected by Type 1 Narcolepsy (Narcolepsy and Cataplexy), a neurological pathology not so frequent in daily outpatient practice, it was decided to apply a series of interactive and multidisciplinary actions aimed at demonstrating the effectiveness of the BrSM (*Bioregulatory Systems Medicine*) and PRM (*Physiological Regulating Medicine*) drugs in support of traditional neurological intervention for this type of pathology.

**KEY WORDS:** NARCOLEPSY, CATAPLEXY, GUNA-BDNF, GUNA-NT3, GUNA-MELATONIN, SELENIUM COMPOSITUM N, IGNATIA-HEEL, PSYCHOTHERAPY, PROPHYLAXIS, LIFESTYLE



## UN CASO DI NARCOLESSIA E CATAPLESSIA TRATTATO CON LOW DOSE MEDICINE

*A CASE REPORT OF NARCOLEPSY AND CATAPLEXY TREATED WITH LOW DOSE MEDICINE*

### INTRODUZIONE

La **Narcolessia** o Sindrome di Gélineau, descritta nel 1880 (Rossini, 1971; Reda, 1982) non è una malattia rara (Lemprière et Al., 2006) bensì un'ipersonnia sotto-riconosciuta e sotto-diagnosticata, nonostante ne soffrano  $\approx$  3 milioni di persone a livello globale (solo in Europa 200.000  $\approx$  persone, 1 su 2000) con un picco tra i 15 ed i 25 anni (Giberti and Rossi, 2024).

Forma più frequente tra le ipersonnie primarie, originariamente considerata una patologia psichiatrica, è stata riconosciuta solo recentemente un'affezione primitiva del sonno elettivamente neurologica (Mutani et Al., 2012).

– La patologia si manifesta generalmente durante o dopo la pubertà e dura in genere tutta la vita con ripercussioni in-

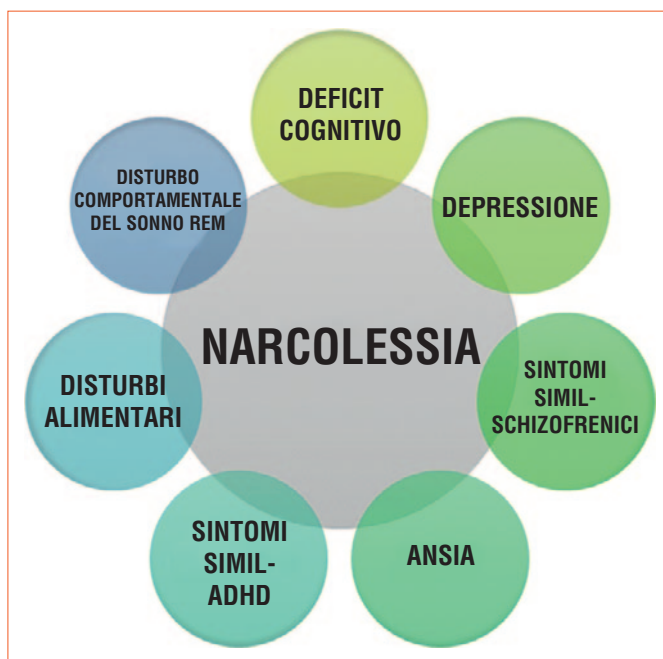
dividuali e sociali a lungo termine. È caratterizzata da attacchi di sonno incontrollati, da pochi secondi a 20/30 minuti, per intrusione di sonno REM nella veglia, a volte senza segni premonitori o più spesso in momenti inappropriati (durante il pasto, alla guida di autoveicoli o durante i rapporti sessuali).

– Il sonno notturno è frammentato con numerosi risvegli ed aumento abnorme della durata del sonno totale giornaliero.

- Il sonno del narcolettico differisce dal sonno fisiologico per la sua insorgenza irregolare, fuori dal ritmo giornaliero e per la sua invincibilità, a volte anche a stimoli uditivi (Gozzano, 1981).

La Narcolessia è frequentemente associata ad attacchi cataplettici (atonìa muscolare generalizzata o parziale) senza perdita di coscienza.

Sono inoltre presenti altri fenomeni pe-



– Figura tratta e tradotta da:

BaHammam AS, Alnakshabandi K, Pandi-Perumal SR. Neuropsychiatric Correlates of Narcolepsy. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jun 5;22(8):36. doi: 10.1007/s11920-020-01159-y. PMID: 32514698.

culiari come paralisi del sonno, allucinazioni, comportamenti automatici. In media, ancora attualmente, gli errori e/o i ritardi diagnostici per la scarsa conoscenza o sottovalutazione del disturbo rispetto a tale patologia, sono numerosi; infatti occorrono 15 anni  $\approx$  tra l'esordio del primo sintomo e la corretta diagnosi.

In alcuni casi la Narcolessia viene confusa con Epilessia, Depressione, Sindrome da Fatica cronica, Schizofrenia, Sindrome delle Apnee ostruttive del sonno, Miastenia gravis, Miopatie, ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, NdR) e Sindrome da Conversione isterica (Ey et Al., 1989).

La Narcolessia non è un tipo di Epilessia, né un disturbo psicogeno, bensì la risultante di un'anomalia dei meccanismi inibitori sul sonno REM.

– Infatti, le caratteristiche della Sindrome combaciano con quelle del sonno REM: l'eccessiva sonnolenza ed i sintomi ausiliari sono determinati dall'intrusione nello stato di veglia degli aspetti del sonno REM (Kaplan et Al., 2018). La forma più frequente (incidenza

dell'80%) è la Narcolessia Tipo 1 (Narcolessia con Cataplessia), disturbo che può essere collegato a diversi fattori relazionati alla carenza di **orexina**, quali:

- 1) fattori genetici: il 90% delle forme di Narcolessia e Cataplessia è positivo per il polimorfismo del gene HLA  $DO_2 B1-0602$  (Stahl, 2022);
- 2) patologie autoimmuni (scatenanti la malattia);
- 3) altri possibili fattori: infezioni, lesioni cerebrali, carenza di istamina, inquinanti ambientali.

Un importante avanzamento conoscitivo circa la Narcolessia, soprattutto Tipo 1, si deve al riscontro dei tassi liquorali marcatamente ridotti di orexina.

– Nel 1998 è stato scoperto un gruppo di neuroni, prevalentemente situati nell'ipotalamo laterale, che secernono due ormoni: **orexina A** e **B** (già definite ipocretine, ossia secrete dall'ipotalamo) formate da 30 aminoacidi  $\approx$ ; queste sono un importante attivatore di ricerca del cibo ma rientrano anche in altri comportamenti significativi quali la veglia, le emozioni e lo stress.

Si ritiene che i fenomeni di Narcolessia (attacchi improvvisi di sonno) e Catalessia (perdita repentina del tono muscolare) derivino da una carenza più o meno marcata di orexina (Bottaccioli and Bottaccioli, 2017).

Pertanto, si riconoscono due tipi di Narcolessia (Manfredi et Al., 2023):

– **NARCOLESSIA TIPO 1:** Caratterizzata da Narcolessia, Cataplessia, paralisi del sonno, allucinazioni ipnagogiche e comportamenti automatici.

La orexina è assente nel liquor.

– **NARCOLESSIA TIPO 2:** Mancanza di Cataplessia; possono essere presenti gli altri sintomi. Il livello di orexina liquorale è normale.

## SINTOMATOLOGIA

I sintomi e i segni fondamentali della malattia completa sono 5; il primo è cardinale, variabilmente associato agli altri 4:

- 1) SEVERA SONNOLENZA DIURNA
- 2) CATAPLESSIA DURANTE LA VEGLIA
- 3) PARALISI AL RISVEGLIO
- 4) ALLUCINAZIONI IPNAGOGICHE E IPNOPOMPICHE
- 5) COMPORTAMENTO AUTOMATICO.

### 1. Attacchi diurni di sonno incoercibile

È il sintomo cardinale della Narcolessia; consiste in attacchi improvvisi e irresistibili di sonno totale o parziale che esordiscono con il sonno REM e durano alcuni minuti.

– Sono facilitati da condizioni che generano sonnolenza (debito di sonno, guida di autoveicoli, contesti noiosi), ma compaiono anche in situazioni improprie. Caratteristica peculiare sono le brevissime latenze al sonno REM: la prima fase del sonno REM interviene dopo 5-10 minuti dall'addormentamento mentre nel soggetto normale si verifica dopo 80-120 minuti (Bonavita and Di Iorio, 1996).

La durata varia da pochi minuti a mezz'ora ripetendosi mediamente ogni 2 ore.

L'imprevedibilità delle crisi narcolettiche, l'amnesia anterograda che li contraddistingue ed il rischio di conseguenze anche gravi (guida di autoveicoli o attività pericolose), richiedono la valutazione specialistica e l'abilitazione secondo il parere della Commissione medica.

## **2. Cataplessia**

Questo sintomo (definito "segno" di Lhermitte) ha incidenza pari al 70-80% con perdita effettiva del tono muscolare (Redlich *in* Reda, 1982).

È costituita da improvvise crisi di perdita di forza della durata di istanti o minuti, a coscienza lucida, provocata dal riso e dalle emozioni e accompagnata sull'EEG da sequenze di attività  $\beta$ .

Raramente le crisi cataplettiche insorgono senza alcuna causa apparente; il soggetto può cadere atonico a terra (in genere l'ipotonìa è limitata ai muscoli della metà superiore del corpo).

*"... questi pazienti di tanto in tanto possono essere colpiti dall'impressionante disturbo designato come Catalessia affettiva (affektiver Tonusverlust), nota specialmente come «cataplessia da riso». Durante un'improvvisa emozione si verifica una ipotonìa o una atonia diffusa della muscolatura scheletrica, senza il minimo disturbo di coscienza, e il malato, indebolito e flaccido, si accascia e cade a terra; normalmente tutto termina in pochi minuti. Alcuni pazienti affetti da Narcolessia accusano anche disturbi del sonno, come si osserva anche in caso di Encefaliti. Il termine «crisi di risveglio» (Wachanfällen), indica certi «stati di immobilità» singolari durante i quali, il paziente, del tutto sveglio e lucido dopo il sonno, per qualche tempo non riesce a compiere il minimo movimento" (Weitbrecht, 1970).*

## **3. Paralisi al risveglio**

Ha incidenza pari 60%; come sopra sapientemente descritto da Weitbrecht, la paralisi del sonno avviene in fase REM, soprattutto la mattina al risveglio; consiste in un'improvvisa perdita di forza e in

capacità di muovere qualsiasi muscolo. Viene risparmiato il movimento respiratorio e degli occhi; la paralisi perdura da pochi secondi ad alcuni minuti e viene vissuta con angoscia.

## **4. Allucinazioni ipnagogiche e ipnopompiche**

Hanno incidenza pari al 30%; si tratta di eventi sensoriali vividi (uditivi, visivi, somestesici) irreali o surreali, spettacolari e unici, che possono comparire all'inizio o alla fine del sonno.

## **5. Comportamento automatico**

Durante la veglia possono presentarsi frequentemente episodi di comportamento automatico (dimenticare o perdere oggetti in luoghi inusuali, sbagliare grossolanamente durante la guida il punto di riferimento o il percorso) di cui il soggetto non ricorda nulla.

*"(...) la Narcolessia può essere considerata come il risultato di un alterato controllo delle transizioni fra gli stadi di veglia, di sonno NREM e sonno REM. Risulta alterata la distribuzione circadiana del sonno che si presenta in episodi più brevi e più frequenti con un ritmo intorno alle 4 ore. Ciò sembra in parte riferibile a una relativa iperfunzione dei meccanismi REM-ON" (Fazio and Loeb, 2019).*

## **MATERIALI E METODI**

Il caso clinico qui presentato concerne una giovane donna di 32 anni, laureata, attualmente insegnante in una scuola primaria.

– L'inizio della sintomatologia risale al tempo delle scuole superiori, mentre l'insonnia era già presente durante la prima infanzia, accompagnata da allucinazioni uditive.

Nel tempo, tali allucinazioni sono diventate sporadicamente olfattive.

Le crisi diurne alle scuole superiori si manifestavano a lezione, tanto da co-

stringerla, impellentemente, a recarsi in bagno per riposare, caricando la sveglia del cellulare di cinque minuti in avanti per poi riprendere le lezioni che, per ovvie ragioni, proseguivano in modo non ottimale.

Durante le crisi non recepiva nulla e non serbava alcun ricordo delle lezioni.

Ancora attualmente, in età adulta, si addormenta davanti alle amiche continuando a parlare e a seguire il discorso.

All'università ebbe i primi episodi di Cataplessia unitamente a crisi morfeiche durante le lezioni o la lettura di testi.

– In seguito questa condizione si è estesa anche alla guida di autoveicoli, durante i pasti e nelle riunioni di lavoro. Attualmente le crisi sono quotidiane nei momenti di maggiore carico lavorativo.

Quando ha l'opportunità di dormire per più ore, le crisi di sonno diurno non si presentano. Le crisi catalettiche si manifestano essenzialmente in momenti ludici della durata di un minuto, mai in momenti tragici o dolorosi.

– La ipotonìa muscolare è a partenza dagli arti inferiori oppure, se seduta, dalla regione dorso-lombare con accasciamento e blocco muscolare a coscienza lucida con capacità di movimenti respiratori e oculari autonomi. Non è stata rilevata alcuna correlazione tra patologia ed abitudini alimentari o comportamentali.

Prima di addormentarsi, la paziente riferisce un'estrema stanchezza con forzatura a tenere gli occhi aperti per non cadere immediatamente nel sonno.

– La paziente e le persone vicine riferiscono le seguenti condizioni prima di addormentarsi:

- attività eccessivamente statica;
- *post-prandium*;
- improvvisa ptosi palpebrale durante la conversazione;
- sguardo come se fosse in *trance*.

La paziente afferma: *"...spesso ho gli occhi aperti, ma in realtà sto dormendo e le persone si accorgono che sono assente... Poi chiudo gli occhi e mi addor-*

mento sentendomi come se fossi ubriaca"; "mi capita tante volte di guidare l'automobile con il pilota automatico, nel senso di non ricordare di aver guidato quel tratto di strada".

Attualmente non riesce a vivere da sola per timore di non saper gestire eventuali momenti di malessere.

Per evitare di ridere e per non cadere a terra, accelera la respirazione stringendo fortemente la mandibola contro la mascella.

#### – Anamnesi patologica

La paziente è affetta da Endometriosi attualmente non curata; Pitiriasi lichenoidale lieve; Eterozigosi per mutazione del genotipo della protrombina e Omozigosi MTHFR, per cui assume attualmente 400 mg di Acido folico, 2 vv/settimana; Iperpolimenorrea ricorrente a causa della quale assume Tardyfer, 80/die; Cardiopalmo attualmente in remissione dopo il sopraggiungere di Anemia marziale.

#### – Anamnesi psicopatologica

Disturbi di panico insorti durante il periodo universitario in trattamento psicoterapeutico; Depressione reattiva.

#### – Accertamenti neurologici

La diagnosi rilasciata nel 2022 c/o il Policlinico Umberto I - Roma riscontrava: "Disturbi del sonno prevalentemente caratterizzati da eccessiva sonnolenza associata a fenomeni di atonia muscolare evocati da stimolo emozionale, in corso di definizione diagnostica (sospetta Narcolessia)".

Sono stati eseguiti i seguenti esami:

- RM ENCEFALO, nulla di rilevante;
- POLISONNOGRAFIA, referto non ricevuto per software difettoso. Viene comunque comunicato verbalmente alla paziente che non vi sono segni patologici;
- MSLT, addormentamento precoce (<8 min) in tutti i trial eseguiti; test positivo per Narcolessia;
- RACHICENTESI per dosaggio di orexina e STUDIO GENETICO (proposto ma non effettuato).

Lo specialista neurologo ha prescritto Modafilin 100, ½ cps/mattino; dopo 3 gg passaggio a 1 cps/ mattino.

– Il farmaco è stato assunto per un mese (luglio 2023); nelle prime due settimane la paziente aveva notato un giovamento, ma poi tutto era tornato come prima.

In precedenza, la paziente aveva assunto Rodiola cps, 500 mg/die per disturbi di ansia somatizzata senza riceverne benefici. Nega precedenti assunzioni di psicofarmaci e droghe pesanti. Beve poco alcool e saltuariamente fuma qualche sigaretta.

La formulazione diagnostica presumibile dello scrivente è:

Narcolessia con Cataplessia, probabilmente TIPO 1 (pur mancando l'indagine liquorale e genetica), poiché nel TIPO 2 la Cataplessia è assente.

– La paziente ha forti timori e resistenze ad assumere farmaci neuropsichiatrici; pertanto si è concordato di iniziare una terapia con medicinali *low dose*, continuando la Psicoterapia e di riprendere in seguito le visite neurologiche in un Centro specializzato.

Alla Psicoterapia di sostegno già in atto, lo scrivente ha consigliato di effettuare un intervento sul problema specifico di tipo cognitivo-comportamentale e prescrizioni terapeutiche di tipo strategico-breve.

– Sono stati inoltre consigliati stili di vita adeguati: regolarità degli orari del sonno e della veglia; attività rilassanti; ambiente notturno tranquillo; periodi brevi di sonno intervallati; attività fisica regolare e moderata; evitamento di cibi o liquidi eccitanti; cautela nella guida con soste frequenti e rilassanti.

### TERAPIA, RISULTATI

Alla prima visita (ottobre 2023) è stata prescritta **Guna-Melatonin**, 20 gtt e **Guna-BDNF**, 20 gtt x 2/die.

– Nel corso della seconda visita (no-

vembre 2023) la paziente ha riferito di non assumere le gocce del mattino per eccessiva sonnolenza, limitando le gocce di entrambi i medicinali nelle ore serali.

La paziente ha riportato che si addormentava subito, i sogni erano meno vividi e reali (prima la disturbavano), presentando qualche risveglio notturno ma con facilità a riaddormentarsi.

Inoltre, riferiva che durante il giorno si sentiva meglio e ristorata grazie alla migliorata funzione ipnica.

– Al controllo di gennaio 2024 è stato deciso (Milani, 2023/24, comunicazioni personali) di impostare la terapia come da seguente schema:

- **Guna-BDNF**, 10 gtt x 3/die - ore 9, 15, 21;
- **Guna-NT3**, 10 gtt x 3/die - ore 9, 15, 21;
- **Guna-Melatonin**, 5-6 gtt la sera - ore 21;
- **Selenium compositum N fl**, 3 vv/settimana;
- **Ignatia-Heel**, 1 cps x 2 vv/die - ore 9 e 21;

#### 1. Guna-BDNF

BDNF assicura la sopravvivenza dei neuroni sensitivi e motori embrionali, previene la diminuzione delle funzioni colinergiche, agisce sulla sopravvivenza dei neuroni del Sistema dopaminergico e delle cellule retiniche, stimola le cellule della cresta neurale (Malzac, 2002).

– È ipotizzabile che nei pazienti affetti da DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) vi sia una carenza di BDNF dovuta all'esposizione allo stress acuto e/o cronico, sia psicologico sia fisico (Supino, 2019).

BDNF diluito e dinamizzato SKA è in grado di superare la barriera intestinale e la BEE (Barriera Emato-Encefalica) e di agire sugli astrociti e sui neuroni (Milani, 2019).

Inoltre, BDNF *low dose* è cruciale in una moltitudine di processi all'interno

del Sistema Nervoso sia in fase di sviluppo, sia nel cervello maturo (Uberti and Molinari, 2018) non presentando effetti collaterali o reazioni avverse (Milani, 2022).

## 2. Guna-NT3

NT3 non è una citochina, bensì un pseudormone.

NT3, diluito e dinamizzato SKA, è medicinale che essenzialmente regolarizza e modula le reazioni depressive; ha un'attività sovrapponibile a quella del BDNF.

Poiché NT3 è una neurotrofina, stimola l'attività di *sprouting* (germogliazione) neuronale, fenomeno caratterizzato dall'aumento dei collaterali assonici con conseguente formazione di nuove sinapsi. Poiché la Narcolessia è una sorta di *isolamento neuronale*, Guna-NT3 aiuta ad aumentare le connessioni tra le cellule nervose (Milani, 2023/2024, comunicazioni personali).

## 3. Guna-Melatonin

Armonizzatore dell'adattamento giorno-notte, ha anche valenza antinfiammatoria sistemica (Montenero and Milani, 2019).

Questo medicinale è il nodo focale della reattività organica. Non è una neurotrofina; induce una migliore modulazione degli effetti terapeutici di altri farmaci *low dose*. La melatonina viene fisiologicamente secreta al buio dall'epifisi, durante il sonno (*in* Milani, 2002).

## 4. Selenium compositum N

Viene utilizzato come medicinale BrSM di base per diversi tipi di disfunzione cerebrale, sia cognitiva, sia psicomotoria (Weiser and Zenner, 1998).

Molte delle reazioni enzimatiche coinvolte nella produzione di energia richiedono come attivatori il Magnesio e il Manganese.

– Il ruolo chiave del Magnesio è l'attivazione a livello cellulare di tutti i processi biochimici deputati alla formazione di energia, e quindi correlati all'ATP (il Fosforo forma legami stabili con il Magnesio; si calcola che quest'ultimo elemento legghi e stabilizzi l'80% dell'ATP cellulare).

– Il Manganese presenta diversi stati di ossidazione: questo lo rende ideale per la maggior parte delle reazioni enzimatiche cellulari. Inoltre, il Manganese protegge le membrane mitocondriali dagli attacchi dei radicali liberi.

In Selenium compositum N sono presenti anche Embryo totalis suis (azione rivitalizzante generale) e Sulfur (unitario di reazione e di stimolo delle funzioni enzimatiche) (Frisia and Milani, 2016).

– L'uso di Selenium compositum N è mirato a stimolare i nuclei cerebrali, i quali agiscono sull'attività motoria (e quindi sulla resa sportiva) così come anche sulla Narcolessia/Cataplessia (Milani, 2024, comunicazione personale).

## 5. Ignatia-Heel

Ignatia amara in Omeopatia è definita "il tranquillante"; è il rimedio dell'emozione somatizzata.

È un medicinale di grande efficacia regolando *in primis* l'attività emotivo-intintiva dell'individuo (Circuito limbico) ma anche per tutti coloro che nel corso di vita, anche per breve tempo, presentino sintomi o *trait* Ignatia.

– Ignatia-Heel è un medicinale pivotale della PNEI di un individuo, soprattutto per l'aspetto P e N (Milani, 2009).

Conseguentemente, Ignatia-Heel ha un chiaro e specifico razionale per la terapia dei sintomi psichici e del SNP (Milani, 2009).

- Nel corso del mese di febbraio 2024 la paziente ha riferito che le crisi ansiose sono "diverse" dalle solite, più attenuate; avverte meno i sintomi psicosomatici mentre il sonno è decisamente migliorato: "È già una conquista svegliarmi e non sentirmi stanca".

Anche a marzo 2024 si conferma il buon compenso della funzione ipnica mentre non è più accaduto che si addormenta durante il lavoro.

Quando rientra a casa dal lavoro e si rilassa, si addormenta improvvisamente.

Essendovi una componente psichica (ha un tono dell'umore deflesso reattivo

con disturbi bulimici transitori) in un *trait* istero-simile (Narcolessia e disturbi ginecologici), si può ipotizzare, per razionalizzare questi addormentamenti repentini domiciliari, che la memoria della paziente, attraverso i neuroni specchio, facciano rivivere e rivedere se stessa sul divano come se fosse una autoscopia ipnica inconscia (condizionamento auto operante):

divano → vedersi sul divano rilassata (autospecchio) → addormentamento.

Ad aprile 2024 si conferma il miglioramento della componente narcolettica. Si concorda un ulteriore controllo ginecologico dopo visita al PS per forti dolori in sede inguinale, senza ricevere diagnosi.

Visitata privatamente è stato riscontrato un versamento periovarico.

Si consiglia, inoltre, di effettuare controlli neurologici c/o un Centro specializzato per gli accertamenti e verifiche del caso.

– Allo stesso tempo, si rinnova il proseguimento delle terapie *low dose* e delle indicazioni igienico-preventive nonché l'invito a proseguire la Psicoterapia per un rinforzo dell'Io, apparso fragile sia per la componente personologica/relazionale, sia per la condizione neuropsichica clinica.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio, per quanto è dato sapere, è il primo su questo argomento con l'utilizzo di medicinali *low dose* (non sono state reperite pubblicazioni e studi); si è basato su un approccio integrato riguardante una patologia non sempre ben compresa.

– La sindrome Narcolessia-Cataplessia rappresenta una tra le condizioni più complesse per la difficoltà di ricevere adeguati interventi medici in quanto cronicizzante e con grave compromissione della vita personale, lavorativa e socio-relazionale dell'individuo.

Infatti, non esiste cura definitiva per la Narcolessia, ma è possibile controllarne i sintomi con farmaci che favoriscono la veglia, come Modafinil o gli psicostimolanti tradizionali.

Per controllare la Cataplessia si prescrivono spesso antidepressivi triciclici o SSRI (Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, NdR) (Kaplan *et al.*, 2018).

È importante sottolineare che frequentemente ci si focalizza solo sull'approccio medico-specialistico e sulla sintomatologia predominante, quando piuttosto, devono essere valutati anche gli aspetti psichici, funzionali e relazionali della persona.

Si ricordi che i disturbi neuro-psicologici non *funzionano* come quelli fisici; la loro causalità non è lineare, bensì circolare, per cui causa ed effetto si alimentano reciprocamente.

In questo caso, la moderna Epistemologia costruttivista (Popper, 1972; Watzlawick, 1988) e pragmatica, è basata sulla sperimentazione empirica di ciò che "funziona" e di ciò che "non funziona" secondo una interazione con la realtà (conoscenza operativa) che si distingue dalla conoscenza descrittiva (osservazione neutrale della realtà al fine di categorizzare e classificare i fenomeni).

– In quest'ottica è stata proposta una terapia *low dose* in *overlapping* con gli interventi psicologici e di igiene di vita che hanno migliorato il quadro sintomatologico senza relegare in secondo piano gli aspetti diagnostici e terapeutici della Medicina convenzionale.

Se è vero che ad oggi non si guarisce in maniera globale dalla patologia in argomento è altrettanto vero che, attraverso un intervento precoce, spesso si può ottenere una migliore qualità di vita dell'individuo anche con approcci integrativi alla Medicina convenzionale.

La *Low Dose Medicine* è una medicina nata in Italia, sviluppatasi in tutto il

mondo, che utilizza sostanze biologiche alle medesime concentrazioni fisiologiche che sono presenti nell'organismo umano.

– Differentemente dalle stesse molecole in dosi ponderali, le medicine *low dose* PRM (Citochine, Ormoni, Fattori di crescita, Neuropeptidi) hanno il grandissimo vantaggio di inserirsi nel metabolismo dell'organismo riportandolo fisiologicamente all'equilibrio.

Sono privi di effetti collaterali poichè i dosaggi, alla stessa diluizione in cui sono presenti ed attivi nell'organismo, sono perfettamente recepiti dai recettori cellulari con una risposta clinica molto positiva, come anche riportato in prestigiose pubblicazioni internazionali (in Milani, 2008).

Le terapie *low dose* possono ben integrarsi con altre terapie e in qualche caso essere anche svincolate dagli approcci standardizzati in una prospettiva PNEI in cui ogni parte del corpo umano e della mente permangono in costante comunicazione (Melcarne, 2021).

– Si precisa che la terapia *low dose* prescritta alla paziente non ha evidenziato effetti collaterali tossici o idiosincrasici, in perfetta sintonia con l'antico ma sempre attuale e rispettoso monito ippocratico di "non nuocere innanzitutto".

– Il medico è un tecnico, un tecnico nel senso più ampio del termine, nel senso greco dell'espressione *τέχνη* che significa "arte".

Il medico è un'artista che non banalizza la propria professione ed ha rispetto e considerazione della bio-psico-fisiologia dell'uomo.

Ogni persona ha una propria misura culturale, un proprio linguaggio, una propria storia che si esprimono attraverso sintomi e simboli complessi e che tutti noi siamo chiamati a rispettare (Di Nola and Pulzoni, 1993-94). ■

– In memoria di mia madre Anneliese (1930-2024).

## Bibliografia

- Bottaccioli F., Bottaccioli A.G. – Pnei e Scienza della cura integrata. Pagg. 144-145. Edra Ed.; **2017**.
- Bonavita V., Di Iorio G. – Neurologia clinica. Pag. 1070. Edizioni Medico Scientifiche; **1996**.
- Di Nola A.M., Pulzoni R. – Tesi di specializzazione in Psichiatria. Università SUN. A.A. **1993/94**.
- Ey H. *et al.* – Manuel de Psychiatrie. Pag. 52. VI Ed., Masson; **1989**.
- Fazio C., Loeb C. (*a cura di* Seitun A.) – Neurologia di Fazio e Loeb. Società Editrice Universo, V edizione; **2019**.
- Frisia N., Milani L. – I catalizzatori enzimatiche nella *performance* sportiva. Incremento della prestazione aerobica in atleti trattati con la Medicina Mitocondriale. La Med. Biol.; **2016/4**; 3-10.
- Giberti F., Rossi R. – Manuale di psichiatria. Pagg. 630-632. VII ed., Piccin Editore; **2024**.
- Gozzano M. – Trattato delle malattie nervose. Pagg. 804-806. Vallardi Ed.; **1981**.
- Kaplan B.J. *et al.* – Kaplan & Sadock's Sinossi di Psichiatria. Pagg. 534-535. Piccin Ed., **2018**.
- Lempérière T. *et al.* – Psychiatrie de l'adulte. Pag. 27. 2<sup>a</sup> ed., Masson Ed., **2006**.
- Malzac J. – I fattori di crescita nervina omeopattizzati nella terapia dell'ansia e della depressione. La Med. Biol. **2002/4**; 31-4.
- Manfredi M. *et al.* – Neurologia. Pagg. 164-5. Piccin Ed., **2023**.
- Melcarne R. – Emozioni, stress e depressione: la PNEI in Medicina psichiatrica e psicopatologia. – Indicazioni per la terapia psicofarmacologica, *low dose* e *overlapping* terapeutico – Seconda parte. La Med. Biol. **2021/4**; 45-55.
- Milani L. – Epifisi, depressione e gli altri fantasmi dell'opera... terapeutica. La Med. Biol. **2002/4**; 3-13.
- Milani L. – Da un dogma infranto al futuro delle scienze bio-mediche *low dose*. L'ormesi e il principio omeopatico di similitudine. La Med. Biol. **2008/2**; 21-31.
- Milani L. – Revisione critica e nuove considerazioni clinico-terapeutiche su *Ignatia-Strychnos Ignatii* Berg. Le mille sfaccettature di un medicinale omeopatico. Prima parte. La Med. Biol. **2009/2**; 21-33.
- Milani L. – Revisione critica e nuove considerazioni clinico-terapeutiche su *Ignatia-Strychnos Ignatii* Berg. Integrazione ragionata tra medicinali omotossicologici e neurotrofine omeopattizzate. Seconda parte. La Med. Biol. **2009/3**; 25-35.
- Milani L. – BDNF *Brain Derived Neurotrophic Factor*. Uno straordinario e potente *regolatore maestro* del cervello. La Med. Biol. **2022/1**; 3-14.
- Milani L. – Comunicazioni personali, anni **2023-2024**.
- Montenero P., Milani L. – La malattia di Alois Alzheimer e Gaetano Perusini – La parte

- emersa di un gigantesco *iceberg*. La Med. Biol. **2019**/4; 3-16.
- Mutani R. et Al. – Il Bergamini di Neurologia. Pagg. 313-317. Edizioni Libreria Cortina, Torino, **2012**.
  - Popper K.R. – Objective Knowledge. Oxford University Press, London, **1972**.
  - Reda G.C. – Trattato di Psichiatria. Pagg. 239, 354-355. USES Edizioni Scientifiche, Firenze, **1982**.
  - Redlich E. *vedi* Reda G.C.
  - Rossini R. – Trattato di Psichiatria. Pagg. 103-107. Cappelli Ed., **1981**.
  - Stahl S.H. – Psicofarmacologia essenziale. Pagg. 445-449. III edizione, Edizioni Ermes, **2022**.
  - Supino C. – BDNF *low dose* e Disturbi specifici dell'apprendimento. Una possibile indicazione. La Med Biol. **2019**/3; 21-27.
  - Uberti F., Molinari C. – BDNF diluito e dinamizzato contro l'invecchiamento cerebrale. La Med. Biol., **2018**/4; 13-23.
  - Watzlawick P. – La realtà inventata. Feltrinelli, Milano; **1988**.
  - Weiser W., Zenner S. – Selenium compositum®: risultati di uno studio multicentrico su 731 pazienti. La Med. Biol. **1998**/1; 11-17.
  - Weitbrecht H.S. – Compendio di psichiatria. Pagg. 322-23. Piccin Editore, **1970**.

#### Sono stati inoltre consultati:

- AA.VV. – Il Repertorio -Heel. Guna Ed., 2ª Ed., **2022**.
- AA.VV. – Terapie d'avanguardia Compendium. Nuova Ipsa Editore, 3ª edizione; **2012-2013**.
- Reckeweg H.-H. – Materia medica omeopatica. 3ª Guna Ed., **2009**.

#### N.d.R.

Le voci bibliografiche Frisia N. & Milani L., **2016**; Malzac J., **2002**; Melcarne R., **2021**; Milani L., **2002**, **2008**, **2009** (a;b), **2022**; Montenero P. & Milani L., **2019**; Supino C., **2019**; Uberti F. & Molinari C., **2018**; Weiser W. & Zenner S., **1998** sono consultabili in

[www.medibio.it](http://www.medibio.it) → [La Medicina Biologica](#).

#### Riferimento bibliografico

PULZONI R. – Un caso di Narcolessia e Cataplessia trattato con *Low Dose Medicine*.

La Med. Biol., **2025**/2; 23-29.

#### autore

**Dr. Riccardo Pulzoni**

– Specialista in Psichiatria

Via Roma, 20

I - 04019 Terracina (LT)