



JOINT MEETING

In pediatria e medicina dell'adolescenza

Sobre pediatría y medicina de la adolescencia

21-22-23-24 **2015** CATANZARO  
**OTTOBRE ITALIA**



# La cefalea in età evolutiva

**Francesco Peltrone**  
**S.O.C. di Pediatria**

Centro Interaziendale Ricerca  
Formazione Cefalee e Disordini Adattativi  
Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"- ASP CZ

# Stereotipi

La cefalea è un disturbo molto frequente in età evolutiva, per cui sono molto diffusi luoghi comuni o atteggiamenti fatalistici o riduttivi nei confronti del disturbo, i più comuni dei quali sono:

- "è solo un mal di testa"
- "è un problema dovuto alla crescita"
- "è svogliato non vuole andare a scuola"
- "è un problema ereditario"
- "non ci vede bene"
- "ha una sinusite, anch'io ne ho sofferto da piccolo"

# Rischi

Tali atteggiamenti rischiano di non portare alla luce problematiche ben più importanti, che possono contenere in nuce un rischio evolutivo, sia verso una possibile cronicizzazione delle crisi, che verso l'innesto di problematiche psicologiche

**La cefalea è un sintomo,  
la cui decodifica implica interventi  
diagnostici e terapeutici calibrati rispetto  
alla specificità situazionale**



# Il mal di testa quindi come sintomo: ma di che cosa?

- Aspetti organici e psicologici sono presenti e caratterizzati da una reciproca modulazione nel determinismo delle crisi dolorose.
- Questo deve essere il presupposto di un intervento specialistico che, proponendosi un'analisi del disturbo articolato rispetto ad entrambi i versanti, possa calibrare il trattamento rispetto alle specificità del singolo caso



# Distinzione tra forme primarie e forme secondarie di cefalea

- Si parla di cefalea primaria essenziale o idiopatica (80-85 % dei casi circa) quando si è in grado di escludere qualsiasi causa organica, comprese quelle di pertinenza oculistica, otorinolaringoiatrica, odontostomatologica
- Si parla di cefalea secondaria (15-20 % dei casi circa) quando invece si riscontra una patologia organica causale (tumori, alterazioni metaboliche, malformazioni vascolari, infezioni etc.)

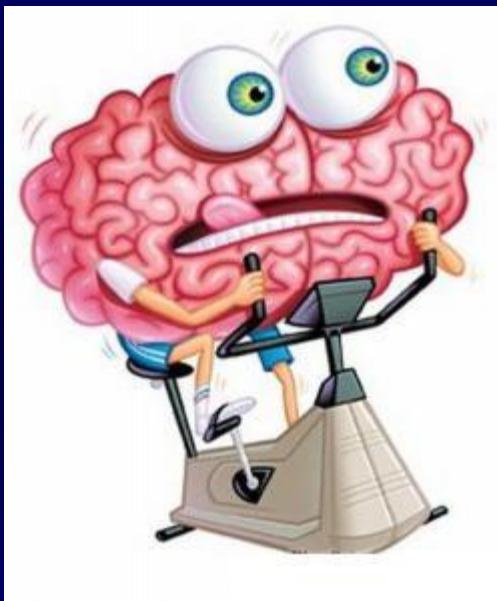
# Epidemiologia delle forme primarie

- la prevalenza delle forme primarie è stimata essere del 10-20 % nella popolazione in età prescolare
- progressivo incremento in relazione all'età, fino a valori che si collocano intorno al 27-32% intorno ai 13-14 anni (pazienti con incidenza di almeno una crisi mensile)
- nessuna differenza di genere fino alla pubertà, poi netto incremento di prevalenza tra le femmine, con un rapporto di 2 a 1, differenza che perdura fino all'età adulta

Le forme più diffuse  
di cefalea primaria sono:

- l'emicrania
- la cefalea tensiva

# EMICRANIA



Due le forme principali:

- Emicrania senza aura
- Emicrania con aura

# L'aura emicranica è relativamente rara (presente solo nel 3-5 % dei casi)

- È costituita da sintomi che precedono il mal di testa vero e proprio
- Tali sintomi sono prevalentemente visivi, ma possono essere anche sensoriali
- Il bambino può descrivere luci colorate o macchie che interessano il campo visivo, immagini di fortificazione; più raramente può lamentare sensazione di formicolio (parestesie) o avvertire come delle punture di spillo
- Può presentare rigidità o debolezza agli arti
- Può avere difficoltà ad esprimersi

Questi sintomi scompaiono  
di solito nell'arco di un'ora,  
lasciando il posto all'insorgere  
del mal di testa propriamente detto

Le caratteristiche del dolore emicranico  
sono simili nelle forme con e senza aura

# Il dolore emicranico:

- E' spesso di intensità medio-forte
- Può aggravarsi con gli sforzi fisici
- Può costringere il bambino a sospendere tutto quello che sta facendo
- Spesso provoca caratteristicamente fotofobia e fonofobia, per cui induce il bambino a mettersi a letto al buio ed in silenzio
- Si accompagna frequentemente a nausea, seguita a volte da vomito



**Possono essere presenti anche sintomi oggettivi:**

- pallore
- rossore
- sudorazione

# La qualità del dolore

- Più spesso è pulsante o costrittivo, meno di frequente gravativo o lancinante o indeterminato (spesso per incapacità del bambino piccolo a una descrizione accurata)
- Più il bambino è piccolo, più è raro che il dolore sia unilaterale (a differenza dell'adulto). In genere è bilaterale o alternante



# ATTENZIONE

- E' importante sottolineare che quanto più è piccolo il bambino, tanto più un dolore localizzato sempre nello stesso punto e senza alternanza di lato può di per sé far ipotizzare la presenza di una cefalea di tipo secondario e indurre a un approccio alle cefalee con esordio in età evolutiva differenziato rispetto all'adulto
- Una trasposizione tout court di categorie diagnostiche calibrate sul paziente in età adulta può far perdere la specificità con cui il sintomo si presenta in età evolutiva



**CEFALEA TENSIVA**

**Due sono le forme fondamentali di cefalea di tipo tensivo:**

- **Forma episodica** (più comune)
- **Forma cronica**

**Le due forme hanno caratteristiche pressoché sovrapponibili, differenziandosi per la maggior durata della seconda (oltre 15 giorni al mese)**

La prevalenza sembra incrementarsi con l'età, soprattutto per le forme croniche, mentre le forme episodiche decrescono con l'aumentare dell'età

# La cefalea di tipo tensivo

- è stata sostanzialmente poco studiata, nonostante l'enorme impatto sia sociale che economico che la caratterizza
- in età evolutiva può essere difficile distinguere la forma tensiva episodica dall'emicrania senza aura
- entrambe le forme possono in ogni modo coesistere (crisi emicraniche che si alternano a quelle tensive) o essere non chiaramente distinguibili (sintomi di entrambe possono caratterizzare uno stesso attacco)

# Nella cefalea di tipo tensivo:

- Il dolore è costrittivo o gravativo, non pulsante
- La severità del dolore è lieve o media, può inibire ma non impedire le normali attività quotidiane
- La localizzazione del dolore è di solito bilaterale, anche se può a volte essere unilaterale ( 5-10 % )
- Il dolore non è aggravato dagli sforzi fisici (principale criterio differenziale tra le due forme)
- La presenza di nausea o vomito esclude la diagnosi di cefalea tensiva, anche se può riscontrarsi inappetenza media o moderata
- Possono associarsi fotofobia e/o fonofobia
- Può essere presente anche il pallore

# CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA (Ccq)

- **Fetta cospicua dei pazienti che accedono ai centri specialistici (30% circa)**
- **Prevalenza nella popolazione generale intorno allo 0,8%**
- **Crisi quasi quotidiane, con sintomi che possono essere sia emicranici che tensivi**
- **Importante compromissione della qualità della vita dei pazienti**
- **Maggior frequenza di comparsa di problematiche psicologiche, fino ad una vera e propria comorbidità psichiatrica**
- **Possibile passaggio alla cosiddetta “cefalea da abuso di analgesici”**



Sillampaa , M., Piekkala, P. e Kero, P. (2005), Prevalence of Headache in preschool age in an unselected child population, in "Cephalgia", 11, pp. 239-242.

Guidetti, V. e Galli, F. (2012), Evolution of Headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up, in "Cephalgia", 18,7,pp.449-454

**Altre forme  
di cefalea primaria più rare  
con esordio in età evolutiva**

# **Emicrania emiplegica familiare**

- Aura caratterizzata dalla comparsa di un'emiparesi, a volte con alternanza di lato, che può durare da trenta minuti ad alcuni giorni
- Spiccata familiarità (almeno un familiare di primo grado affetto)

# Emicrania Basilare

- Così indicata perché i sintomi dell'aura derivano dal territorio del tronco encefalico, irrorato dall'arteria basilare
- Caratterizzata quindi da sintomi visivi intensi (emianopsie, breve cecità totale), sintomi cerebellari (atassia), disartria, emiplegie, vertigini con obnubilamento del sensorio

## Emicrania oftalmoplegica

- emicrania associata a paralisi del III, IV, VI paio di nervi cranici (oculomotore, trocleare, abducente )
- molto rara, può presentarsi spesso sin dall'età infantile

## Emicrania retinica

- presenta un' amaurosi transitoria, totale o parziale, di durata inferiore ad un'ora, poi accompagnata dalla cefalea

Di particolare interesse  
per i pazienti in età evolutiva sono  
le Sindromi Periodiche dell'Infanzia

- Vomito Ciclico
- Emicrania Addominale
- Vertigine Parossistica Benigna dell'Infanzia

# Vomito ciclico

- Caratteristici attacchi ricorrenti di vomito e nausea intensa, solitamente stereotipati in ogni singolo paziente, spesso associati a pallore e letargia
- La sintomatologia si risolve completamente e nel periodo intercritico i pazienti sono del tutto asintomatici



# Emicrania addominale

- Disturbo idiopatico ricorrente, osservato prevalentemente nei bambini e caratterizzato da dolore addominale episodico a livello della linea mediana, che si manifesta con attacchi della durata di 1-72 ore
- Completa assintomaticità nelle fasi intercritiche
- Dolore di intensità medio-forte, associato a sintomi vasomotori, nausea e vomito

# Vertigine parossistica benigna dell'infanzia

- Disturbo, probabilmente eterogeneo, caratterizzato da attacchi vertiginosi brevi e ripetuti in bambini per il resto sani.
- Gli attacchi si manifestano all'improvviso e vanno incontro a risoluzione spontanea

# Cefalea secondaria

- Si parla di cefalea secondaria quando essa è determinata da una causa organica
- Rappresenta il 15-20% di tutte le cefalee



# FATTORI DI RISCHIO PER CEFALEE SECONDARIE

Anamnesi familiare positiva per:

- Aneurismi del circolo cerebrale e/o MAV
- Ictus o TIA (in particolare le forme giovanili)
- Malattie ematologiche (difetti coagulazione, etc.)
- Intolleranze/allergie

Anamnesi personale positiva per:

- Disturbi ORL (sinusopatie, adenoidopatie, dismorfismi del naso e dei seni, etc.)
- Disturbi odontoiatrici (malocclusione, alterazione dell'ATM, etc.).
- Intolleranze/allergie

# FATTORI DI RISCHIO PER CEFALEE PERICOLOSE

- Insorgenza recente, improvvisa e violenta
- Peggioramento in tempi brevi
- Cambiamento del normale pattern cefalalgico
- Risvegli notturni causati dalla cefalea
- Cefalea unilaterale fissa
- Insorgenza dopo tosse, starnuti, sforzi fisici o mutamento della stazione corporea
- Cambiamenti repentini di umore o personalità del bambino
- Associazione con vomito a getto, malessere generale e febbre
- Età ≤ 3 anni

# Cosa c'è dietro?



# HYPERREACTIVITY

Children with hyperreactivity in the first months of life suffer from one or more periodic syndromes and/or headache in the subsequent ages

(Guidetti V. Ottaviano S. Pagliarini M. Cephalalgia 1983)

# HYPERREACTIVITY

- È nota l'importanza dell'iperreattività del lattante come substrato predisponente della cefalea e/o delle emicranie del bambino
- Viene rilevata un'altissima frequenza di sindromi periodiche nei bambini iperreattivi destinati a presentare cefalea ricorrente, quasi a rappresentare un filo conduttore fra la sintomatologia dei primi mesi di vita e una particolare forma di ipersensibilità emotivo-ambientale sottostante al disturbo



# ALLA BASE:

- Assenza di dialogo emotivo valido nella relazione precoce madre-bambino
- Mancanza di sintonia tra i bisogni del bambino e le risposte della madre
- Incapacità della madre a contenere il figlio (forse perché la madre stessa non è contenuta, non ha sostegno)
- Famiglie nucleari, scomparsa della famiglia allargata
- Conseguente mancato trasferimento di esperienze di accudimento



# ASPETTI DELLA PERSONALITÀ EMICRANICA

Sebbene sia rischioso parlare  
di una personalità tipica, una ricca letteratura  
ne individua alcuni tratti significativi

# Gli emicranici

- Sono bambini ipercoscientiosi, perfezionisti
- Ricercano il successo personale tramite la tenacia e la perseveranza in molte attività, specie in ambito scolastico
- Hanno scarsa tolleranza alle frustrazioni
- Tendono a dare una buona immagine di sé
- Tendono a conformarsi ai desideri, alle aspettative ed alle regole che vengono loro imposte dai genitori, soprattutto dalla madre, che rappresenta la figura dominante della famiglia

Tendono ad intellettualizzare e razionalizzare  
i vissuti emotivi ed affettivi  
percepiti inconsciamente come pericolosi

Queste caratteristiche sono alla base  
di un atteggiamento “da piccoli adulti” tipico  
di una inibizione delle cariche aggressive

# I tensivi

- Sono ansiosi
- Hanno scarsa autostima
- Hanno difficoltà scolastiche in assenza di deficit intellettivo
- Hanno spesso un comportamento regressivo (sviluppano modalità di funzionamento psico-fisico di età precedenti)
- Sviluppano rivalità fraterna (si sentono meno accettati rispetto ai fratelli)



# ALCUNE CARATTERISTICHE GENERALI DELLA PERSONALITA' DEL BAMBINO CHE SOFFRE DI MAL DI TESTA

- Ansietà
- Bassa autostima
- Aggressività
- Attaccamento quasi morboso alla madre
- Ambizione ad ottenere il successo

# TIPOLOGIA CARATTERISTICA DELLA FAMIGLIA:

- Rigidità
- Fedeltà alle convenzioni
- Tendenza a negare i conflitti
- Tendenza a dare un'immagine armoniosa e senza tensioni

EMICRANICI



TENSIVI

## Reazioni dei bambini

Conformismo alle regole e  
ai desideri dei genitori

Perfezionismo



Perdita di tratti infantili  
Intellettualizzazione e  
razionalizzazione dei vissuti emotivi  
ed affettivi

Regressione  
Rabbia  
tensione



Senso di insicurezza  
Rabbia e frustrazione nei  
confronti dell'autorità

# LE FAMIGLIE

- Famiglie con forte orgoglio e rigidità
- Ambiente familiare caratterizzato da una comunicazione ambigua, contraddittoria
- Genitori attenti agli aspetti formali della vita ed alle apparenze sociali
- Madri concentrate sul bambino, senza piacere nell'accudimento



# EFFETTI SUL BAMBINO

- In un contesto di questo tipo è in genere preclusa la possibilità di esprimere emozioni od opinioni autonome
- Il bambino è sempre anticipato nell'espressione delle proprie emozioni e quindi non impara a riconoscerle, pertanto si deve riferire sempre all'esterno per avere un senso di sé stabile
- All'interno di tale situazione, il sintomo sembra essere l'unica possibile modalità di espressione del disagio che il bambino vive



Si ipotizza la possibilità che il bambino  
“scelga” il dolore cefalalgico  
o un altro disturbo corporeo, nel tentativo  
di identificarsi con una figura parentale  
significativa, per lo più la madre,  
verso la quale il bambino nutre  
un sentimento di dipendenza ed affetto

# La terapia



**Tabella 1. FARMACI PER L'ATTACCO DI EMICRANIA IN ETÀ EVOLUTIVA**

FARMACO DOSE VIA DI SOMMINISTRAZIONE	LIVELLO DI EVIDENZA	EFFETTO SCIENTIFICO	VALUTAZIONE CLINICA	EVENTI AVVERSI	OSSERVAZIONI
<b>PARACETAMOLO</b> 10-15 mg/Kg per via orale, ripetibile 3-4 volte/die fino ad un massimo di 60 mg/kg/die.	A	++	+++	Rush cutaneo, eritema, orticaria.	<i>Controindicazioni:</i> ipersensibilità nota al paracetamolo o agli altri costituenti del prodotto, insufficienza epatocellulare, grave anemia emolitica.
<b>ACIDO ACETILSALICILICO</b> 20 mg/kg/die per via orale	C	ND	+++	Sindrome di Reye. Reazioni da ipersensibilità (tinnitus, trombocitopenia, spasmi bronchiali, reazioni cutanee).	<i>Controindicazioni:</i> malattie emorragiche, insufficienza epatica e renale, ipofosfatemia, deficit di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi.
<b>ALTRI FANS</b>					
<b>Ibuprofene</b> 10 mg/kg/die per via orale, dose massima di 600 mg/die.	A	+++	+++	Gastralgia, bruciori gastrici, nausea, vomito, raramente ulcera gastrica e duodenale, rash cutanei e reazioni orticarioidi, crisi asmatiche, reazioni di tipo anafilattico.	L'assunzione quotidiana o quasi quotidiana di analgesici o FANS può portare alla cronicizzazione del dolore cefalico, anche in soggetti in età evolutiva. <b>Controindicato al di sotto dei 12 anni.</b>
<b>Nimesulide</b> 100 mg per 2/die per via orale, dose massima di 400 mg/die.	C	ND	++	Vedi sopra	<b>Controindicato al di sotto dei 12 anni.</b>
<b>Diclofenac</b> 100-150 mg/die per via orale.	C	ND	?	Vedi sopra	<b>Controindicato al di sotto dei 14 anni.</b>
<b>Indometacina</b> 100-200 mg/die per via orale.	C	ND	?	Vedi sopra	<b>Controindicato al di sotto dei 14 anni.</b>
<b>Ketorolac</b> 10 mg/die per via orale, dose massima 40 mg/die.	C	ND	?	Vedi sopra	<b>Controindicato al di sotto dei 16 anni.</b>
<b>Naprossene</b> 10 mg/kg/die per via orale.	C	ND	+	Vedi sopra	<b>Uso non previsto in età pediatrica.</b>
<b>Piroxicam</b> 20 mg/die per via orale.	C	ND	+	Vedi sopra	<b>Controindicato nell'infanzia.</b>

FARMACO DOSE VIA DI SOMMINISTRAZIONE	LIVELLO DI EVIDENZA	EFFETTO SCIENTIFICO	VALUTAZIONE CLINICA	EVENTI AVVERSI	OSSERVAZIONI
<b>Ketoprofene</b> 150-300 mg/die per via orale.	C	ND	?	Vedi sopra	<u>Controindicato in età pediatrica.</u> §
<b>Acido Mefenaminico</b> <b>Acido Tolfenaminico</b> <b>Pirprofene</b>	-	-	-	Vedi sopra	<u>FARMACI NON DISPONIBILI IN ITALIA</u>
<b>FARMACI ANTIEMETICI</b>					
<b>Metoclopramide</b> 0,15-0,30 mg/Kg via orale, dose massima di 10 mg/die.	C	ND	++	Sonnolenza, segni extrapiramidali, di tipo distonico, discinesie tardive ed ipotensione ortostatica.	La metoclopramide deve essere somministrata con cautela per l'evenienza di eventi avversi anche a bassi dosaggi. Uso frequente, ma non ci sono studi.
<b>Domperidone</b> 2-4 anni: 60 mg/die per via rettale. 4-6 anni: 90 mg/die per via rettale. >6 anni: 120 mg/die per via rettale. Adulti: 10 mg per tre/die per via orale. Gocce: 1,25 mg/5Kg/per tre/die.	C	ND	++	Eosinofilia, eruzioni cutanee, disturbi gastroenterici, il farmaco non attraversa la barriera ematoencefalica e non è in grado di dare disturbi extrapiramidali.	<u>Non utilizzare al di sotto di un anno di età.</u> §
<b>Procloperazina</b> 2,5-5 mg/die per via orale o via rettale.	B	+	?	Vedi metoclopramide	<u>Non utilizzare sotto i 2 anni.</u> §
<b>Clorpromazina</b> 1mg/kg/die per via orale.	C	ND	?	Vedi metoclopramide	<u>Controindicato nella prima infanzia.</u> §
<b>Prometazina</b> 2-5 anni: 10-15 mg/die per via orale. 5-10 anni: 15-25 mg/die per via orale.	C	ND	?	Vedi metoclopramide	<u>Controindicato sotto i 2 anni.</u> §
<b>AGONISTI 5-HT<sub>1B/1D</sub> (TRIPTANI)</b>					
<b>Sumatriptan</b> 50-100 mg per via orale. 5-20 mg spray nasale.	A	+	?	Eventi avversi comuni a tutti i triptani: astenia, capogiro, sbandamento, vertigini, secchezza delle fauci, torpore, arrossamento, sensazione di caldo. Cattivo sapore in bocca, talvolta bruciore, prurito cutaneo o della mucosa nasale se si è usato lo spray nasale, sensazione di costrizione toracica, rare reazioni di ipersensibilità.	<i>Controindicazioni:</i> ipersensibilità nota verso uno dei componenti del prodotto, patologia vascolare ischemica, insufficienza epatica e renale grave, ipertensione non controllata, trattamento con derivati dell'ergot, altri agonisti dei recettori 5-HT <sub>1B</sub> e IMAO.
0,06 mg/kg/die sottocute, dose massima di 6 mg/die.	B	++	?		

FARMACO DOSE VIA DI SOMMINISTRAZIONE	LIVELLO DI EVIDENZA	EFFETTO SCIENTIFICO	VALUTAZIONE CLINICA	EVENTI AVVERSI	OSSERVAZIONI
<b>Zolmitriptan</b> 2,5 - 5 mg/die per via orale.	B	++	?	Nausea, vomito, pesantezza agli arti, tensione alla faringe, al collo, agli arti ed al torace, parestesie, disestesie, mialgie.	Vedi sopra
<b>Eletriptan</b> 40 mg/die per via orale.	A	+	?	Nausea, dolori addominali.	Vedi sopra
<b>Rizatriptan</b> 5 mg/die per via orale.	A	+	?	Dolori addominali e toracici, palpazioni, nausea, vomito, diarrea, insonnia, tremore, nervosismo, confusione mentale, prurito, orticaria, offuscamento visivo.	
<b>Naratriptan</b> il naratriptan idrocloruro è stato somministrato per via orale alla dose di 0,25 mg.	A	+	?	nausea, vomito, cefalea.	Vedi sopra
<b>DERIVATI DELL'ERGOT</b>					
<b>Diidroergotamina mesilato</b> 0,1-0,5 mg/die e.v. 1 mg/die e.v. 1-3 mg/die per via orale	B B A	+ + ++	? ? ?	nausea, vomito, diarrea, dolori addominali.	È preferibile la sua utilizzazione dopo i 12 anni. <i>Controindicazioni:</i> insufficienza coronarica o arteriosa periferica, ipertensione, insufficienza epatica e renale, ipersensibilità agli ergot. L'uso concomitante di eritromicina o triacetiloleandomicina può inibire il metabolismo della diidroergotamina. L'impiego simultaneo di troleandomicina, eritromicina, josamicina e di ergotamina può determinare un aumento della concentrazione plasmatica di ergotamina.
<b>Ergotamina + caffea</b>	C	ND	?		

§ = come riportato nel foglio illustrativo del prodotto.

Tabella 6. TERAPIA DI PROFILASSI NELL'EMICRANIA GIOVANILE

FARMACO DOSE VIA DI SOMMINISTRAZIONE	LIVELLO DI EVIDENZA	EFFETTO SCIENTIFICO	VALUTAZIONE CLINICA	EVENTI AVVERSI	OSSERVAZIONI
<b>CALCIO-ANTAGONISTI</b>					
<b>Flunarizina</b> 3-5 mg/die, in un'unica somministrazione serale	A	+++	+++	sonnolenza, aumento ponderale	<i>Controindicazioni:</i> depressione, obesità, cardiopatie, insufficienza epatica. <b>I calcioantagonisti sono controindicati sotto i 12 anni.</b> §
<b>Nimodipina</b> 10-20 mg, 3 volte al giorno	A	++	++	lieve malessere gastrointestinale	Vedi sopra
<b>BETA-BLOCCANTI</b>					
<b>Propranololo</b> 1-3 mg/Kg/die in due-tre somministrazioni	A	++	++	bradicardia, ipotensione, aumento dell'appetito, disturbi del sonno, disturbi della memoria, depressione.	<i>Controindicazioni:</i> asma bronchiale, blocco A-V, insufficienza cardiaca, diabete, vasculopatie periferiche, depressione.
<b>Metoprololo</b> 50-100 mg 2 volte al giorno	B	ND	?	Vedi sopra	Vedi sopra
<b>ANTIDEPRESSIVI</b>					
<b>Amitriptilina</b> 0,25-1 mg/kg/die	A	+	++	sonnolenza, xerostomia, nausea, stipsi, aumento di peso, reazioni cutanee, ipotensione ortostatica.	<b>È raccomandato l'uso dopo i 12 anni</b> §, in particolare nei casi di ansia, insonnia, depressione. <i>Controindicazioni:</i> glaucoma, ritezione urinaria, insufficienza renale, insufficienza epatica, cardiopatie.
<b>Trazodone</b> 1-2 mg/kg/die	A	+++	+++	Vedi sopra	Anche in caso di sovradosaggio non presenta effetti collaterali sul sistema cardiovascolare.
<b>ANTAGONISTI DELLA SEROTONINA</b>					
<b>Pizotifene</b> 1-1,5 mg/kg/die in un'unica somministrazione serale	A	A	A	aumento di peso, sonnolenza, nausea, riduzione del GH plasmatico	<i>Controindicazioni:</i> obesità

FARMACO DOSE VIA DI SOMMINISTRAZIONE	LIVELLO DI EVIDENZA	EFFETTO SCIENTIFICO	VALUTAZIONE CLINICA	EVENTI AVVERSI	OSSERVAZIONI
<b>Ciproptadina</b> 0,25 mg/kg/die preferibilmente in unica somministrazione serale	B	+	+	sonnolenza, vertigini, aumento di peso	Particolarmente raccomandabile al di sotto dei 10 anni di età. <b>Non somministrare sotto i due anni di età. §</b> <i>Controindicazioni:</i> attacco asmatico acuto, glaucoma, ulcera peptica.
<b>5-IDROSSITRIPTOFANO</b> 5 mg/Kg/die	A	+	+	nausea, gastralgia, sonnolenza	Questo farmaco è stato utilizzato in bambini con età inferiore ai sei anni.
<b>LISURIDE</b> 0,0125-0,025-0,05 mg/die	A	+	?	nausea, disturbi gastrointestinali, vertigini	È preferibile utilizzarlo dopo i 14 anni.
<b>DIIDROERGOTAMINA MESILATO</b> 2,5-5 mg/kg/die	A	+	?	nausea, vomito, diarrea, dolori addominali.	È preferibile la sua utilizzazione dopo i 12 anni. <i>Controindicazioni:</i> insufficienza coronarica o arteriosa periferica, ipertensione, insufficienza epatica e renale, ipersensibilità agli ergot. L'uso concomitante di eritromicina o triacetiloleandomicina può inibire il metabolismo della diidroergotamina.
<b>MAGNESIO</b> 1,5-4,5 gr/die	A	++	+++	flatulenza, diarrea	<i>Controindicazioni:</i> grave insufficienza renale.
<b>VALPROATO DI SODIO</b> 15-30 mg/kg/die	B	++	+	sonnolenza, tremore, rash cutanei, alopecia, anoressia	<i>Controindicazioni:</i> epatopatie, ridotta funzionalità del midollo osseo.
<b>DOMPERIDONE</b> 0,3 mg/kg/die	B	+	?	eosinofilia, eruzioni cutanee, disturbi gastroenterici	<i>Controindicazioni:</i> ipersensibilità verso penicilline e cefalosporine.
<b>METOCLOPRAMIDE</b> 0,4 mg/kg/die	B	+	?	sonnolenza, segni extrapiramidali, aumento di prolattina	<i>Controindicazioni:</i> malattie ostruttive gastrointestinali.
<b>NAPROSSENE</b> 500 mg/die	B	+	?	disturbi gastrointestinali	L'uso cronico di analgesici e FANS può favorire la cronicizzazione dell'emicrania. <i>Controindicazioni:</i> diatesi emorragica, ulcera gastrica o duodenale, insufficienza epatica o renale, scompenso cardiaco congestizio.
<b>ASA</b> 100-200 mg/die	A	+	?	Sindrome di Reye. Reazioni da ipersensibilità (tinnitus, trombocitopenia, spasmi bronchiali, reazioni cutanee)	<i>Controindicazioni:</i> diatesi emorragica, ulcera gastrica o duodenale, insufficienza epatica o renale. Per altre informazioni cfr terapia sintomatica.
<b>MONTELUKAST</b> 10-20 mg/die	B	+	?	algie addominali,cefalea	<i>Controindicazioni:</i> ipersensibilità al prodotto, attacco d'asma.
<b>PAPAVERINA</b> 5-10 mg/kg suddivisi in due o tre dosi	A	++	?	anoressia, stipsi, diarrea, sonnolenza	<i>Controindicazioni:</i> glaucoma.

§ = come riportato nel foglio illustrativo del prodotto.

# La psicoterapia cognitivo-costruttivista

- Auto-osservazione
- Autoconsapevolezza “vuota”
- Autoconsapevolezza “rigenerativa”

# **Obiettivi della psicoterapia cognitivo - costruttivista**

- Secondo i costruttivisti la patologia consiste nella perdita della capacità di dare un giusto significato alla propria esperienza, con conseguente sensazione di essere in balia degli eventi
- Scopo della terapia è di permettere una adeguata riconfigurazione dei vissuti e delle emozioni destabilizzanti attraverso lo sviluppo delle capacità riflessive



**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

Francesco Peltrone  
[f.peltrone@libero.it](mailto:f.peltrone@libero.it)