

• QUATTRO CASI PROPOSTI DALLA DOTT.SSA FONTANELLI GIOVANNA E DAL DOTT. GIACOMO PASSAVANTI

◦ Terzo caso

DOTT. SSA FONTANELLI GIOVANNA

Dirigente medico UOC Terapia Intensiva Neonatale e Patologia - Ospedali Riuniti di Reggio Calabria - Facilitatore di Terapia Cranio-Sacrale

DOTT. PASSAVANTI GIACOMO

Terapista della riabilitazione - Amministratore e responsabile tecnico dello Studio di Consulenza e Terapia Fisioterapia di Reggio Calabria - Facilitatore Terapia Cranio-Sacrale

ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE SUL NUCLEO FAMILIARE DI UN NEONATO PREMATURO DI 28 SETTIMANE DI ETÀ GESTAZIONALE

(i nomi e le iniziali dei pazienti non corrispondono a nomi e iniziali reali).

C.A. è nato a 28 settimane di età gestazionale da parto cesareo da madre già precedentemente cesarizzata, con peso di gr.1450, L.39cm.,cc.30cm. ed indice di Apgar 6 al primo minuto,7 al quinto. Sin dall'inizio la sua condizione clinica era grave. E' stato necessario rianimarlo in sala parto ed in seguito,per il persistere di grave polidispnea, genito e scarsa penetrazione di aria ai polmoni, è stato necessario intubarlo e somministrare surfattante per indurre maturazione polmonare. E' stato quindi estubato e posto in ventilazione assistita tramite pressione positiva continua attraverso nasocannula .La sintomatologia dispnoica, dopo un primo miglioramento , è di nuovo peggiorata , per cui è stato di nuovo intubato dopo qualche ora ed è stato nuovamente somministrato surfattante. E' stato possibile estubar e C. A. in quinta giornata, ma è rimasto un certo grado di ossigeno dipendenza fino alla ventesima giornata di vita. Sin dalle prime ore è stata avviata alimentazione parenterale ed alimentazione enterale tramite sondino oro-gastrico. Durante il passaggio ad alimentazione al biberon si sono verificati episodi di rigurgito con desaturazione, trattati con postura anti - reflusso ed Alginato di Magnesio. All'ecografia cerebrale vi era il sospetto di emorragia subependimale ed era presente Retinopatia ossigeno-dipendente di I grado. E' stato dimesso a 53 giorni di vita. I genitori hanno vissuto questa prima esperienza con ansia ed angoscia, apparentemente ben controllata, ma che si intuiva ad una osservazione più attenta. Nel periodo sia immediatamente precedente che immediatamente successivo al parto,al padre era stato comunicato il grave rischio per la vita del figlio e ciò aveva indotto in lui molte paure. A sette giorni dalla dimissione A. tornava in reparto in urgenza per una importante crisi apnoica successiva alla poppata. Dagli esami di routine si evidenziava grave anemia, per la quale veniva effettuata emotrasfusione. All' Rx del torace si evidenziava modesto grado di broncodisplasia, per la quale è stato somministrato ossigeno per 10 giorni ed è stata effettuata FKT respiratoria, aerosol terapia ed è stato somministrata Furosemide a giorni alterni. L'ecocardiogramma, l' RMN encefalo e l'EEG erano nella norma per l'età. Dopo 16 giorni di ricovero veniva dimesso con terapia anti reflusso gastro-esofageo e poli vitaminici. I genitori apparivano emotivamente molto provati, per cui gli viene proposta Terapia Cranio-Sacrale come supporto.

Per motivi logistici legati sia agli impegni lavorativi dei genitori che nostri, abbiamo concordato una frequenza di trattamento di uno a settimana. A tutte le sedute erano presenti entrambi i genitori, A, Giacomo e Giovanna mentre il fratellino è sempre stato assente.

Prima seduta: L'arching ha portato Giacomo a lavorare sul papà, mentre il piccolo si manifesta sereno in braccio a Giovanna. La mamma è tra noi. Giacomo segue il ritmo sulla testa del padre, e tale ritmo si ferma quando il padre dichiara di non occuparsi di C.A .(paura). Era rimasto fermo al giorno in cui l'ecografista dichiarava che il bimbo forse era morto perchè non apprezzava più il battito. Ciò non gli permetteva di prendere C.A .o di giocare con lui. La madre dichiara che questo atteggiamento del padre la infastidisce. A. ha lavorato tutto il tempo seguendo il padre col suo ritmo. Gradualmente ed in concomitanza con il rilascio del padre il respiro di C.A. diveniva più regolare, i rumori nasali si attenuavano e migliorava il colorito. Terminiamo la seduta con l'impegno da parte del padre di occuparsi attivamente di C.A.

II seduta: Il colloquio iniziale e l'arching portano Giacomo a lavorare su C.A, che ne accetta il contatto. Anche Giovanna è in contatto col bimbo, mentre i genitori siedono vicino. Si manifestano snodamenti a livello del diaframma pelvico, maggiormente al sacro ed all'anca sinistra (il bambino non evacuava da giorni), accetta serenamente il trattamento interagendo visivamente e mimicamente. Il papà, più sereno, ha tentato di "giocare con il bimbo" con successo, ma dichiara: "il nostro stato d'animo dipende da come vediamo C.A" ma non crede nel contrario e cioè che il loro stato d'animo influenzi C.A.

III seduta: Il colloquio iniziale e l'arching porta Giacomo a lavorare sulla mamma, il bimbo è in braccio a Giovanna ed il papà è seduto vicino. Giacomo ascolta il ritmo sulla testa. Il contatto non-consciente-non-consciente determina un fattore significativo (il ritmo si ferma) quando chiede (non verbalizzando) dove può essere utile il suo intervento. Si posiziona sul diaframma pelvico. Verbalizziamo sul come si è sentita il giorno dell'ecografia dubbia sulla vita del figlio: è cosciente e consapevole dei suoi sentimenti di sconforto, inadeguatezza, colpa, ma la gestione è confortata da come sente e vede oggi C. A. Giacomo utilizza un esercizio di "localizzazione", cioè chiede ad ognuno dove sente nel proprio corpo l'altro: il padre sente la mamma nelle tempie, C.A sul dorso ed il fratellino sul pettorale sinistro. La madre porta il papà in pancia, C.A nel cuore ed il fratellino in testa. Nel frattempo C.A, in braccio a Giovanna, manifestava un continuo rilascio modificando la sua posizione sulla pancia di Giovanna fino a ritrovarsi a testa in giù fra le sue gambe. Tutto questo dormendo e migliorando gradualmente la sua frequenza respiratoria. La sensazione che percepivamo tutti era di benessere e da parte sua.

Dalla 5a alla 9a seduta: Sempre con papà e mamma presenti, C. A ci permette di lavorare sulle sue restrizioni toraciche, che si localizzano maggiormente sull'emitorace sinistro. La situazione particolare che caratterizza queste

sedute è che C.A inizia prestandosi in maniera giocosa all'esperienza, interagendo visivamente e con sorrisi a tutte le stimolazioni, ma non appena le mani arrivano in "barriera" inizia un pianto con caratteristiche precise. Il sentire di entrambi è di mantenersi in barriera nonostante il pianto, che, se dovessimo tradurlo, simulerebbe un adulto che dice: "ho dolore, tensione, ecc...". Nel frattempo tranquillizziamo i genitori che, affidandosi, capiscono il diverso significato del pianto di C.A. Contemporaneamente al manifestarsi del rilascio, C.A si quietava ed entra in un sonno profondo. Questa immagine di serenità pervade il gruppo di lavoro. In questo mese e mezzo C.A conquista gradualmente la capacità di ruotare sul fianco sinistro (posizione che lo inquietava) ed in seguito un accenno del controllo del capo in posizione prona. Questi suoi atteggiamenti fidelizzano gradualmente i genitori. In questo periodo viene sottoposto al primo follow-up neurologico specialistico che evidenzia: "instabilità neurovegetativa con difficoltà al controllo del capo".

X seduta: Di grande significato è la decima seduta. Dal colloquio si registra l'apprensione dei genitori per l'esito e lo svolgimento della visita neurologica (a loro dire poco soddisfacente sia per l'ambiente che per la modalità con cui si è svolta). Dall'archivio risulta che dobbiamo lavorare su C.A, il quale come di consueto partecipa all'inizio gioiosamente con sorrisi e gorgheggi. Anche stavolta, appena ci porta in barriera, inizia a piangere con le stesse caratteristiche delle sedute precedenti, ma stavolta tutto sembra più significativo. Il torace viene coinvolto completamente nella restrizione. A stringe la mano di Giovanna e se la porta sul viso e così rimane per lungo tempo. Il respiro è caratterizzato da espirazione prolungata e forzata. Questa situazione prosegue per molti minuti e l'atteggiamento di fiducia dei genitori ci permette di mantenere questa situazione ancora a lungo. Notevoli sono i comportamenti motori di C.A, che, durante la tenuta in barriera della restrizione toracica, si estende, si flette, ruota in posizione prona mantenendo ognuna di queste posizioni per diversi minuti. Dopo circa venti minuti di questi eventi, che lui intervallava con pause dal pianto con respirazione dispnoica, avviene una completa distensione del corpo, che si atteggiava a rana in posizione supina, addormentandosi. I lineamenti del viso e gli arti erano rilassati. La respirazione da quel momento in poi diveniva eupnoica e senza rumori trasmessi. Di lì a poco portiamo a termine il trattamento, discutendolo con i genitori. C.A torna a casa dormendo. Questo evento accade a tre settimane dal primo follow-up. Una settimana dopo C.A si sottopone al secondo follow-up neurologico, che dichiara: "Buona stabilità del sistema neurovegetativo, miglioramento del controllo assiale e buona modulazione comportamentale. Prossimo controllo a tre mesi di distanza". Il giorno dopo eseguiamo l'11o trattamento.

XI trattamento: L'umore è decisamente diverso, i genitori manifestano grande soddisfazione ed il loro sorriso è sereno. C.A ruota su entrambi i fianchi senza manifestare disagio, controlla da prono il capo con padronanza ma piange se messo supino sul lettino di trattamento. Ad oggi permangono residui dei traumi precedentemente individuati e la loro localizzazione impegna la zona occipitale, ma il comportamento motorio di C.A. è più fluido

manifestando una maggiore integrazione dei riflessi primari e un tono muscolare più fisiologico. Continueremo, in accordo con i genitori, a seguire la terapia ogni 4 settimane.

COMMENTI: La nascita di un bimbo prematuro pone alla famiglia problemi di non facile gestione. Insorgono quasi sempre sensi di colpa nella madre, che pensa che tale situazione sia dipesa da lei. Nascono paure ed angosce per la vita del figlio e per la sua qualità di vita futura. La comunicazione della gravità dello stato clinico del piccolo può far nascere in alcuni soggetti un desiderio di "fuga", che comporta un allontanamento che definiremmo "paradosso": "ho paura che muoia o rimanga handicappato per cui, per non soffrire, scappo". Tutto ciò crea per il piccolo un ambiente teso, poco accogliente nonostante gli sforzi; angoscia e preoccupazione sono palpabili e fanno uscire il piccolo con le intuibili conseguenze.

Dall'esperienza vissuta con questo nucleo familiare e per le dinamiche che generalmente si instaurano riteniamo necessario valutare anche il vissuto durante la gravidanza ed il parto (ricordiamo gli effetti psicologici sui genitori dell'ecografia fetale che poneva il dubbio sulla vita del feto), utili questi per valutare le dinamiche che si svilupperanno dopo la nascita e per mantenere coerenza con il "continuum" degli eventi. L'opportunità che la famiglia si è data con la terapia craniosacrale ha permesso un dialogo ed una presa di coscienza delle loro sensazioni, altresì difficili da elaborare (allontanamento inconscio del padre dal piccolo, sensi di colpa della madre). Tutto ciò ha ridotto l'ansia, favorendo un ambiente emotivo più adatto ad A. Infine è da considerare il notevole miglioramento della clinica del piccolo. I prematuri assistiti con ventilazione meccanica nei quali residua broncodisplasia presentano vari gradi di difficoltà respiratoria e vanno incontro a frequenti episodi acuti respiratori per lungo tempo. Anche A all'inizio presentava tale quadro clinico, ma dopo il decimo trattamento la dinamica respiratoria è migliorata in maniera critica e non si sono più presentati episodi acuti. Addirittura dopo qualche tempo tutta la famiglia è stata contagiata da una virosi respiratoria e C.A ha avuto solo un giorno di febbre senza altra sintomatologia. I follow-up neurologici hanno certificato il veloce recupero del quadro neurologico e comportamentale. A è un bimbo sereno, allegro e giocherellone, capace di giocare da solo e con il fratellino e la notte riposa in maniera regolare e serena. Per fino l'accrescimento ponderale è buono, tanto che ha recuperato in breve tempo il percentile di peso regolare per l'età.

La tcs proposta come terapia di supporto in questa situazione di estrema preoccupazione e sconforto, vissuta dai genitori, dopo il secondo ricovero di C.A. è risultata essere utile nella stabilizzazione delle dinamiche emotive dei genitori, confortati via via dal vedere le conquiste del loro bambino. Il nucleo familiare è energeticamente molto più forte. Il padre oggi crede che il suo bambino percepisca perfettamente il suo stato d'animo, localizza il bimbo nelle gambe e la moglie nel cuore. Anche lei sente suo marito nel cuore, l'energia fluisce.