

## L'INFERMIERE E LE CURE COMPLEMENTARI: IL TRATTAMENTO CRANIOSACRALE

A cura di Roberto Rizzardi, Infermiere Libero Professionista



Il National Center for Complementary and Alternative Medicine definisce le cure complementari come un “gruppo di sistemi e pratiche sanitarie che non sono considerati come parte della medicina convenzionale e che solo per alcuni di essi esiste una prova scientifica della loro sicurezza ed efficacia” <sup>(1)</sup>.

Nell’ambito dell’assistenza infermieristica sono considerate cure complementari una serie di interventi, che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall’infermiere in regime libero-professionale e/o di dipendenza, come parte integrante del piano di assistenza <sup>(2)</sup>.

La caratteristica fondamentale delle cure complementari è quella di avere una visione “globale e “integrale” della persona, in sintesi una visione olistica dell’uomo, condizione che è evidentemente molto affine all’atteggiamento della professione infermieristica.

Il termine “complementari” sottolinea che queste discipline non sono in contrapposizione alla medicina allopatica, bensì “agiscono insieme” al fine di dare una migliore risposta nel soddisfacimento dei bisogni del paziente.

La persona malata da uno stato di equilibrio precedente alla malattia, passa a una fase in cui l’equilibrio viene a mancare.

L’obiettivo dell’assistenza infermieristica è quello di riportare l’individuo ad una fase di adattamento che gli permetta di affrontare la malattia; a tale scopo le cure complementari ben si prestano a questo



ruolo, soprattutto per la naturale capacità che hanno nel far emergere le risorse di guarigione già insite nella persona <sup>(3)</sup>.

Il Bilanciamento Craniosacrale è un approccio manuale al corpo, di derivazione osteopatica, nato dalle intuizioni del Dr. William Garner Sutherland, osteopata americano dei primi del Novecento, e successivamente rielaborato dal Dr. John Upledger negli anni '70 <sup>(4-7)</sup>.

Il Sistema Craniosacrale è un sistema anatomico – funzionale composto da:

- Membrana durale
- Liquido cefalorachidiano
- Ossa craniche, colonna vertebrale e sacro

Ricerche su esseri umani e cavie hanno permesso di identificare un movimento ritmico all’interno di un cranio vivente, indipendente dal respiro e dal battito cardiaco <sup>(8-12)</sup>.

Sulla genesi di questo movimento ritmico ci sono



varie teorie <sup>(13-19)</sup>. Secondo alcune esso deriva dall'aumento e diminuzione di pressione del liquor, determinati dal ritmo di produzione e riassorbimento dello stesso a livello del SNC. Infatti studi sui plessi corioidei hanno mostrato che il fluido spinale è prodotto con una spinta ritmica <sup>(20-24)</sup>.

Le variazioni cicliche della pressione liquorale si trasmettono dapprima sulla membrana durale intracranica, poi sulle ossa craniche, determinandone dei micromovimenti dell'ordine di 20-50  $\mu\text{m}$ , permessi dalle suture che fungono da microarticolazioni. Strumenti stereotattici applicati su soggetti umani hanno individuato un andamento di 6-12 cicli/minuto <sup>(25)</sup>.

Attraverso la membrana durale cranica e spinale, morbida, ma anelastica, le ossa craniche sono collegate con il sacro che quindi è connesso anatomicamente e funzionalmente al cranio e si muove anch'esso in relazione alle fluttuazioni del liquido cefalorachidiano. Dalle ossa del cranio, colonna vertebrale e sacro, attraverso le complesse e numerose connessioni fasciali, il movimento si espande in tutti i fluidi, tessuti connettivi, ossa, organi e muscoli, esprimendo una ritmica lieve rotazione esterna e interna delle strutture pari ed una flessione ed estensione delle strutture mediane.

E' stato riscontrato che il buon funzionamento di questo sistema e l'espressione "armonica" dei movimenti ritmici sono strettamente correlati con un normale svolgimento delle varie funzioni fisiologiche del corpo, in definitiva con lo stato di salute di una persona.



Il trattamento craniosacrale consiste nella capacità di "ascoltare" con le mani questi ritmi, cercando di ripristinare il movimento in quelle aree dove il movimento è stato reso difficile da traumi, cicatrici, infezioni, tensioni, contratture croniche ecc.,

con tecniche che prevedono l'applicazione di una forza di qualche grammo di peso <sup>(4-7)</sup>. L'approccio è estremamente semplice, consiste in leggere manipolazioni delle fasce, delle ossa craniche e del rachide, e può essere effettuato sia negli adulti che nei bambini.

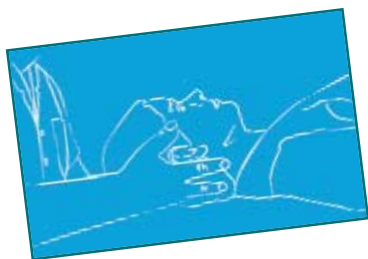
Questo trattamento migliora le naturali capacità di autoguarigione del corpo, ed è un valido metodo preventivo per i vari danni che possono essere causati da uno stato di stress psico-fisico.

Le aree di applicazione più frequenti negli adulti sono cefalee ed emicranie, dolori cervicali e lombari, scoliosi, dolori articolari post-traumatici e cronici, disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare, problemi ortodontico-correlati, disturbi da squilibrio neurovegetativo, stati d'ansia, depressione e insonnia.

Ci sono a tutt'oggi pochi studi pubblicati sull'efficacia della terapia craniosacrale <sup>(26)</sup>.

In effetti le contestazioni più importanti al ricorso alle terapie complementari sono legate al genere di prove di efficacia necessarie per sostenere le terapie della medicina <sup>(27-28)</sup>.

Il modello convenzionale del trial clinico randomizzato in doppio cieco, per esempio, è di difficile conduzione nell'ambito di un ap-



proccio terapeutico olistico e centrato sul paziente come quello craniosacrale <sup>(29)</sup>.

Chiaramente c'è bisogno di studi di buona qualità che valutino l'efficacia di ciascuna terapia, ma il dibattito metodologico è piuttosto complesso.

Gli approcci qualitativi possono portare un buon contributo: sono una fonte di dati che permettono di riferire l'esperienza del soggetto, mentre l'approccio quantitativo dovrebbe oggettivare tali elementi e permetterne una maggiore generalizzazione, al di là della validità dell'esperienza individuale.

Misure di outcome clinico, basate sulla percezione del paziente, valutano qualsiasi cambiamento nello stato di salute che il paziente percepisce durante un trattamento.

Thompson e Reilly hanno applicato questo metodo con successo in uno studio finalizzato a valutare l'impatto delle terapie complementari sul controllo dei sintomi, in pazienti oncologici <sup>(30)</sup>.

MYMOP (Measure Yourself Medical Outcome Profile) è un semplice questionario, ideato dalla Dr. ssa Charlotte Paterson nel 1996, per misurare l'outcome clinico, come viene percepito dal paziente. Si tratta di un questionario in cui il paziente è portato a dare un punteggio di gravità ad un suo specifico sintomo, ma anche al grado del proprio benessere globale e alla capacità di svolgere attività importanti per lui, all'inizio del trattamento e durante il successivo follow-up <sup>(31)</sup>. La versione corrente del MYMOP, dell' Aprile 1998, è chiamata MYMOP 2. Le informazioni base sono quelle del MYMOP, ma raccoglie molti altri dettagli rispetto ai farmaci ed altro. Fin dalla sua validazione nel 1996, MYMOP è stato applicato con successo sia alle terapie allopatriche che complementari <sup>(32-35)</sup>. In particolare, in uno studio del 2007 <sup>(37)</sup> il MYMOP è stato applicato a pazienti in trattamento craniosacrale, ottenendo risultati promettenti.

Dalla volontà di approfondire il campo di applicazione delle terapie complementari nell'assistenza infermieristica e dall'esigenza, sempre più avvertita, di avere delle prove di efficacia nel trattamento craniosacrale, ho realizzato **il mio lavoro di tesi per il Corso Straordinario di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pisa.**

Lo studio intendeva essere uno studio osservazionale preliminare sull'efficacia del trattamento craniosacrale in un gruppo di pazienti trattati in un ambulatorio di un centro specializzato in terapie naturali, in provincia di Treviso, mediante somministrazione del questionario MYMOP 2.

### **Il lavoro di Tesi**

Dall'1 ottobre 2008 all'1 settembre 2009, per un periodo di 11 mesi, è stato sottoposto il questionario MYMOP 2 a tutte le nuove persone che afferivano in ambulatorio, complessivamente 68. L'età media era di 43 anni con un range da 19 a 72 anni.

Le persone che si sono rivolte in ambulatorio, per richiedere un trattamento craniosacrale, lamentavano una varietà di sintomi (grafico 1): algie al rachide, sia del tratto cervicale che lombo-sacrale, (32%),

dolori muscolo-scheletrici e articolari (22%); cefalea (16%); disturbi d'ansia e insonnia (16%). Il 4% delle persone presentava turbe dell'equilibrio e dell'udito, un paziente esiti recenti di un colpo di frusta.

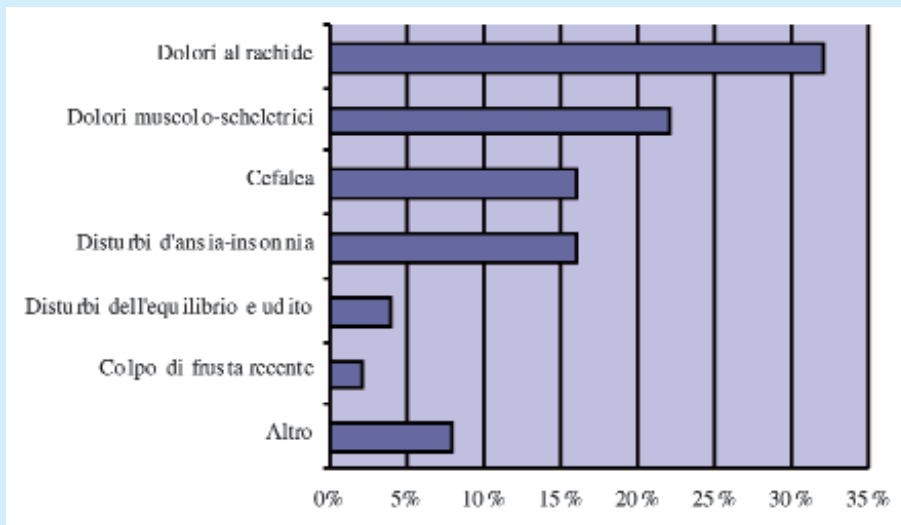


Grafico 1: sintomi di presentazione

Per quanto riguarda la durata dei sintomi, il 66% dei soggetti presentava disturbi cronici, di durata superiore ai 3 mesi; in particolare il 18% da 3 mesi a 1 anno, il 22% da 1 a 5 anni e il 26% superiore a 5 anni; il 20% giungeva per un sintomo di recente insorgenza (0-4 settimane) e il rimanente 14% per sintomi da 4 a 12 settimane.



Le persone sono state sottoposte a un ciclo di cinque sedute di Bilanciamento Craniosacrale da parte di un operatore esperto, per una durata di un'ora ciascuna, a cadenza settimanale. Non è mai stata richiesta, dagli operatori, la sospensione della terapia farmacologia, se in atto.

Durante la prima seduta è stato somministrato preventivamente al trattamento il questionario MYMOP 2 - prima visita.

Il MYMOP 2, come già descritto, è uno strumento generato dal paziente, ossia rappresenta la misura dell'efficacia di un trattamento, così come viene percepita dal paziente (Measure Yourself Medical Outcome Profile).

E' stato richiesto al paziente di identificare il sintomo più importante per lui, la sua sensazione di benessere generale e l'attività, ovvero "un'azione del vivere quotidiano, fisica o mentale, che i sintomi rendono difficoltosa o impediscono del tutto".

### Risultati

Per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia del trattamento craniosacrale, per prima cosa sono state analizzate le differenze dei punteggi, tra prima visita (prima di ogni trattamento) e follow-up, relative alle singole voci: sintomo più significativo, benessere e attività. Tali differenze sono state ottenute sottraendo il punteggio della prima visita a quello del follow-up, come riportato nel grafico 2.



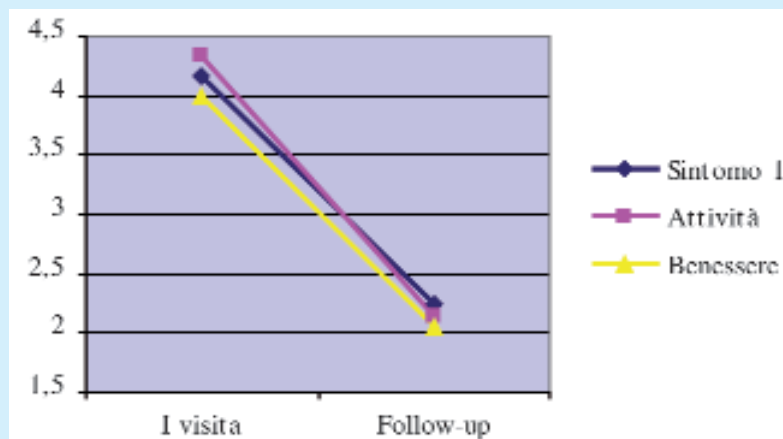
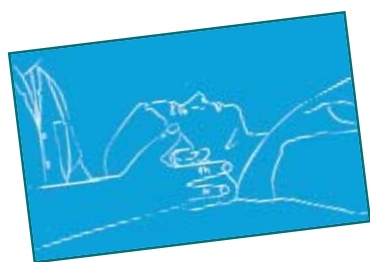


Grafico 2: variazione dei punteggi medi di primo sintomo, benessere e attività tra prima visita e follow-up

Usando uno score a 7 punti come il MYMOP 2, la minima differenza clinicamente significativa è data da una variazione dello score tra 0,5 - 1<sup>(38)</sup>: ciò significa che una differenza < 0,5 non rappresenta un cambiamento importante per il paziente, mentre se > 1 sicuramente lo è. Tra 0,5-1 siamo in una condizione di incertezza. Nella nostra casistica 41 pazienti su 50 (82%) hanno presentato una variazione del punteggio MYMOP ≥ 1 tra follow-up e prima visita quindi significativa; 2/50 una variazione tra 0,5 - 1; 6/50 (12%) una differenza di punteggio tra 0 e 0,5, quindi non significativa. Solo 1 paziente nella nostra casistica ha registrato un peggioramento del profilo MYMOP con una differenza pari a - 0,67 (Tabella 1).

Per quanto riguarda i farmaci, 14 pazienti su 50 assumevano terapia già alla prima visita: nella casistica il 71% di questi pazienti (10/14) ha spontaneamente ridotto o sospeso l'assunzione di farmaci sintomatici al termine del trattamento.

Profilo MYMOP	N (%)
Miglioramento	43/50 (86%)
Nessun cambiamento	6/50 (12%)
Peggioramento	1/50 (2%)

Tabella 1: esiti relativi al profilo MYMOP

### Considerazioni

Il trattamento craniosacrale non è semplicemente un insieme di tecniche da applicare sul paziente, ma è un modo di avvicinare "l'altro" che prevede una grande capacità di ascolto, un sentire empatico e una spiccata delicatezza nel toccare la persona.

Fin dai primi passi della mia formazione in terapia craniosacrale, mi è stato pertanto chiaro quanto questo approccio potesse costituire per l'infermiere uno strumento raffinato ed efficace per rapportarsi alle persone assistite, in diversi contesti assistenziali.

Proprio per questo, il percorso di formazione del professionista prevede, oltre alle acquisizioni tecniche, un esercizio costante ad affinare le capacità di percezione dell'altro, anche attraverso un lavoro di ricerca su se stessi e di crescita sotto il profilo psicologico ed



umano.

Il trattamento craniosacrale si dimostra un approccio efficace non solo per numerosi disturbi fisici, ma anche per molte forme di disequilibrio della sfera psichica. Quest'ultimo aspetto è tutt'altro che secondario, poiché una persona che si trovi ad affrontare la malattia inevitabilmente va incontro a un disagio psico-emotivo, ed è importante che il professionista abbia degli strumenti per accogliere questo disagio e dare una risposta adeguata ai bisogni della persona assistita.

Da queste considerazioni è nata la volontà di approfondire con una tesi l'efficacia del trattamento craniosacrale, come viene percepita dal paziente. I risultati fanno emergere che tale trattamento è un approccio efficace per numerosi disturbi sia fisici che della sfera psico-emotiva, in termini di riduzione dei sintomi e di miglioramento dello stato di benessere, oltre ad essere una forma sicura di lavoro sul corpo.

In questo senso la tesi ha analizzato il cambiamento dello stato di salute delle persone al termine di un ciclo di cinque sedute, ma sarebbe ancor più interessante valutare gli effetti della terapia anche nel lungo termine.



Esistono già realtà in Italia dove la terapia craniosacrale viene applicata efficacemente in supporto ad altre forme di terapia, come presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Valle d'Aosta, dove è stata introdotta in via sperimentale nel 2001, ha avuto nel

corso degli anni un incremento quali-quantitativo per numero di sedute e utenti e vi si può accedere, in regime ambulatoriale, tramite il SSN. Presso l'Azienda ASL 1 di Massa e Carrara, inoltre, nel triennio 2006-2008, è stato formato un gruppo di 20 infermieri in terapia craniosacrale, esperienza che si è rivelata molto intensa e costruttiva. Anche se attualmente non è partito ancora un ambulatorio pilota, molti di loro continuano ad applicare, ciascuno nel proprio ambito di lavoro, e ove possibile, quanto maturato durante questo percorso formativo.

La tesi intende quindi incoraggiare gli infermieri che si occupano di terapie complementari ad apportare il loro contributo, attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca e di miglioramento volti a soddisfare la crescente esigenza di stabilire un'evidence base anche in questo ambito, ma soprattutto per favorire una risposta diversa e complementare ai nuovi bisogni della popolazione che cambia.

*Roberto Rizzardi, dottore in Scienze Infermieristiche, si è dedicato negli ultimi dieci anni interamente al metodo craniosacrale sia in libera-professione che come docente di corsi di formazione triennale per diventare operatori craniosacrali. Al suo attivo un'esperienza di co-docenza di un corso triennale di formazione per infermieri organizzato dalla ASL 1 di Massa e Carrara.*





## BIBLIOGRAFIA

- 1) "National Center for Complementary and Alternative Medicine"  
<http://nccam.nih.gov/>
- 2) Federazione Nazionale Collegi Ipasvi "Linee guida per un percorso di alta formazione – Infermieristica e cure complementari"  
<http://www.ipasvi.it/content/master10.pdf>
- 3) "Le cure complementari"- Infermieristica e cure complementari  
[http://www.ipasvico.it/documenti/art\\_3\\_30.pdf](http://www.ipasvico.it/documenti/art_3_30.pdf)
- 4) Terapia Craniosacrale. John E. Upledger, Jon D. Vredevoogd Red Edizioni
- 5) Terapia craniosacrale. Oltre la dura madre. John E. Upledger Ed. Marrapese-Roma
- 6) Trattato di osteopatia craniosacrale e metodologia pratica. Erio Mossi, Fabiola Marelli. Ed. Marrapese-Roma
- 7) Craniosacrale- Principi ed esperienze terapeutiche. Michael Kern Ed. Tecniche Nuove
- 8) Frymann, V.M. 'A Study of the Rhythmic Motions of the Living Cranium', JAOA Vol. 70, 1971, 928-945.
- 9) Michael, D.K., & Retzlaff, E.W., 'A Preliminary Study of Cranial Bone Movement in the Squirrel Monkey', JAOA, Vol. 74, 1975, 860-864.
- 10) Moskolenko, Y. et. al., 'The Biophysical Organization of the System of Cerebral Circulation', Chapter 2, In: Biophysical Aspects of Cerebral Circulation, Pergamon Press, 1980, 41-42.
- 11) Moskolenko, Y., 'Bioengineering Support of the Cranial Osteopathic Treatment', Medical and Biological Engineering and Computing, Vol. 34, Supplement 1, Part 2, 1996, 185-186.
- 12) Moskolenko, Y., 'The Phenomenology and Mechanics of Cranial Bone Fluctuations', paper Presented at the Proceedings of the First Russian Symposium. St. Petersburg, Russia, May 27-29, 1998
- 13) Grietz, D., et. al., 'Pulsatile Brain Movements and Associated Hydrodynamics Studied by Magnetic Resonance Phase Imaging, the Monro-Kellie Doctrine Revisited', Radiology Vol. 34, 1992, 370-380.
- 14) Enzmann, D.R., & Pelc, N.J., 'Brain Motion: Movement with Phase-Contrast MR Imaging', Radiology, Vol. 185, (3), 1992, 653-660.
- 15) Poncelet, B.P. et. al., 'Brain Parenchyma Motion: Measurement with Cine Echo-Planar MR Imaging', Neuroradiology, Vol. 185, (3), 1992, 645-651.
- 16) Feinberg, D.A., & Mark, A.S., 'Human Brain Motion and Cerebrospinal Fluid Circulation Demonstrated with MR Velocity Imaging', Radiology, Vol. 163, (3), 1987, 793-799
- 17) Maier, S.E., et. al., 'Brain and Cerebrospinal Fluid Motion: Real Time Quantification with M-Mode MR Imaging', Radiology, Vol. 193, (2), 1994, 447-483.
- 18) Miklus, D.J., et. al., 'Oscillatory Motion of the Normal Cervical Spinal Cord', Radiology Vol. 192, (1), 1994, 117-121.
- 19) Wolley DW, Shaw EN. 'Evidence for the participation of serotonin in mental processes.' Ann N Y Acad Sci. 1957;66:649-665.
- 20) Bering, E.A., 'Circulation of the Cerebrospinal Fluid, Demonstration of the Choroid Plexuses as the Generator of the force for Fluid Flow and Ventricular Enlargement', Journal of Neurosurgery, Vol. 19, 1962, 405-413.
- 21) duBoulay, G.H., 'Further Investigations on Pulsatile Movement in the Cerebrospinal Fluid Pathways', Acta Radiologica Diagnostica, Vol. 13, 1972, 496-523.
- 22) Urayama, K, 'Origin of the Lumbar Cerebrospinal Fluid Pulse Wave', Spine, Vol. 19, (4), 1994, 441-444.
- 23) Ridgeway, J.P. et. al., 'Demonstration of Pulsatile Cerebrospinal Fluid Flow Using Magnetic Resonance Phase Imaging', The British Journal of Radiology, Vol. 60, (713), 1987, 423-427.
- 24) Wayte, S.C. 'Magnetic Resonance Imaging of Pulsatile Cerebrospinal Fluid Flow by Spatial Modulation of Magnetization', The British Journal of Radiology, Vol. 65, (774), 1992, 495-501.
- 25) Greenman, PE., McPartland JM. 'Cranial findings and iatrogenesis from craniosacral manipulation in patients with traumatic brain syndrome', J Am Osteopath Assoc. 1995 Mar;95(3):182-8; 191-2.
- 26) Isbell B., S.C. Neira and R. Elliott 'Craniosacral therapy research', The Fulcrum 37: 6-7, 2006
- 27) Fontanarosa PB., Lundberg G.D. 'Alternative medicine meets science', JAMA, 1998; 280(18): 1618-1619
- 28) Franklin G., et al. 'Ethical Issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine', JAMA, 2004; 291(5): 599-604
- 29) Neira S.C., R. Elliott and B. Isbell 'Can craniosacral treatment improve the general well-being of patients?' The Fulcrum 38: 6-9, 2006
- 30) Thompson E. and D. Reilly 'The homeopathic approach to symptom control in the cancer patient: a prospective observational study', Palliative Medicine 16: 227-233, 2002
- 31) Paterson C. 'Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure MYMOP compared with SF-26 health survey', British Medical Journal 312: 1016- 20, 1996.
- 32) Paterson C. and N. Britten 'In pursuit of patient-centred outcomes: a qualitative evaluation of MYMOP Measure Yourself Medical Outcome Profile', Journal of Health Service Research and Policy 5: 27-36, 2000
- 33) Paterson C. and N. Britten 'Acupuncture for people with chronic illness: combining qualitative and quantitative outcome assessment' The Journal of Alternative and Complementary Medicine Vol. 9: 5, 1-10, 2003
- 34) Peters D., G. Pinto and G. Harris 'Using a computer-based clinical management system to improve effectiveness of a homeopathic service in a fund holding general practice', British Homeopathic Journal 89, Suppl 1: S14-S19, 2000
- 35) Thomas K., D. Strong and D. Luff 'Complementary medicine service in a community clinic for patients with symptoms associated with the menopause: outcome study and service evaluation', Executive summary 2001.
- 36) 'Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007' National Health Statistics Reports, Number 12, Dicembre 10, 2008.  
Disponibile su <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf>
- 37) Isbell and Carroll 'The effectiveness of craniosacral treatment', British Naturopathic Journal, 2007
- 38) Guyatt GH, Juniper EF, Walter S, Griffith L, Goldstein RS 'Interpreting treatment effects in randomised trials'. British Medical Journal 1998;316:690-693.
- 39) Vick DA, McKay C, Zengerle CR. 'The safety of manipulative treatment: review of the literature from 1925 to 1993'. J Am Osteopath Assoc. 1996;96(2):113-5.
- 40) J. McPartland. 'Craniosacral iatrogenesis. Side-effects from cranial-sacral treatment: case reports and commentary'. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 1996 Volume 1, Issue 1, Page 2