

La danza terapia metodo TRASMUDA® nella riabilitazione della malattia di Parkinson.

Antonino Frustaglia, Renata Righetti** e coll. #.*

Premessa

Attualmente le terapie del m. di Parkinson si fondano sul trattamento farmacologico attraverso l'uso di dopamina, dopaminosimili e dopaminergici associato al trattamento riabilitativo motorio.

Da qualche anno nella letteratura sono apparse esperienze di altre terapie complementari riabilitative tra le quali, recentemente l'arteterapia, la musicoterapia e la danza terapia.

Queste attività complementari raramente sono state studiate con i test specifici della malattia di Parkinson. La ragione di questa carenza riguarda due aspetti:

1° la diffidenza dell'area scientifica verso l'area delle terapie complementari come le arti-terapie

2° il timore delle terapie complementari come le arti-terapie stesse a sottoporsi a valutazioni che avvengono tramite test troppo tecnicisti e distanti dal modo di agire di queste terapie.

La DANZATERAPIA TRASMUDA® ha deciso di sottoporsi a questo studio perché la sua metodologia è riabilitativa e prevede una particolare chiarezza degli obiettivi e dei processi per raggiungerli.

Scopo dello studio

Valutare su un campione di 21 Pazienti affetti da malattia di Parkinson di cui 16 femmine e 5 maschi di età media di 79.8 aa (con un range compreso tra i 60-90 aa) i miglioramenti ottenuti con un ciclo di danza terapia con metodo TRASMUDA®. Il numero delle sedute di gruppo per ogni paziente è variato da un minimo di 5 ad un massimo di 16 (media 8,9). Il gruppo era composto da pazienti con diagnosi accertata e con trattamento farmacologico specifico ottimizzato rispetto allo stadio evolutivo della malattia.

Pazienti valutati con materiali e metodi

I pazienti selezionati provenivano dall'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone (Mi); in regime di ricovero (residenziale, riabilitativo, day hospital) e dal domicilio per trattamenti riabilitativi di gruppo). Tutti i pazienti sono stati valutati da neurologi e sono state compilate la **scala UPDRS III** (Unified Parkinson's Disease Rating Scale), **lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr** **il Mini Mental State Examination (MMSE)**, **l'Indice di Barthel (B.I.)**, e il **test specifico funzionale denominato TRASMUDA®TEST**. La scala UPDRS III comprende 3 parti funzionali. La **prima** indaga l'aspetto **motorio** tra cui il linguaggio, l'espressione facciale, i tremori a riposo, la rigidità, la prono supinazione delle mani, l'agilità nelle gambe, l'alzarsi da una sedia, la stabilità della postura, la marcia nella bradi e ipocinesia corporea. La **seconda** parte valuta la **depressione**, la motivazione e l'iniziativa. La **terza** parte valuta le **attività della vita quotidiana** come la capacità di vestirsi, l'igiene personale il rischio di cadute e gli eventuali episodi di freezing. Complessivamente il test misura un punteggio in una scala da 0 a 108 punti ove 108 è la massima

compromissione quindi più il valore è basso e meglio sta il paziente. Inoltre è stata valutata la scala dello **stadio clinico secondo Hoehn-Yahr** con valori variabili da 0 (indicativo di nessun segno di malattia) fino a 5 indicativo di massima compromissione clinica (paziente costretto a letto o in carrozzina).

Oltre alla valutazione UPDRS III si sono indagate le capacità mentali, il comportamento e l'umore incluso lo stato di ansia e la depressione. I pazienti sono stati testati per il livello cognitivo con il **Mini Mental State Examination**, l'**Indice di Barthel (BI)** indicativo dello stato funzionale delle persone. Accanto a questi test classici si è sperimentato il **test specifico funzionale denominato TRASMUDA®TEST** che indaga con criteri di valutazione da 0 indicativo di massima incapacità a 4 indicativo di massima abilità varie funzioni che hanno valore motorio/funzionale e psicologico/esistenziale. A scopo di valutare la massima obiettività, nel **TRASMUDA®TEST** si è utilizzato, come punteggio finale rappresentato dal risultato della media dei punteggi di 3 osservatori indipendenti addestrati al rilievo dei dati. Le funzioni indagate sono state le parti del corpo maggiormente utilizzate come le braccia e le gambe; la capacità di apertura della chinesfera (intesa come lo spazio del movimento e dell'incontro con l'altro ossia la capacità di distensione degli arti e di compiere dei movimenti nello spazio). La capacità di apertura della propria chinesfera può dipendere da una condizione fisica-proprioceettiva e influenzata da uno stimolo simbolico. Gli altri item sono: la continuità del flusso; l'intensità del flusso; l'equilibrio; il radicamento; la capacità di rilassamento sia da soli che con un operatore; l'integrazione ritmica, la marcia (indagata come sinergismo), la fluidità e la sicurezza motoria; l'integrazione melodica (con stimolo musicale specifico), la creatività sia attraverso stimolo simbolico che con atto spontaneo concreto; l'iniziativa reciproca e l'espressività.

Risultati

Scala UPDRS III 1° parte (motoria). La valutazione ottenuta dall'analisi ha rilevato un miglioramento degli item previsti nella 1° parte. Essa esamina la componente motoria che comprende linguaggio, espressione facciale, tremori a riposo faccia mani piedi, rigidità, picchiettamento dita, apertura e chiusura mani, prono-supinazione mani, agilità delle gambe, l'alzarsi dalla sedia, la postura, la marcia, la stabilità posturale, la bradicinesia e l'ipocinesia corporea. **I valori (variabili da 0 normalità a 108 massima dipendenza) sono passati da 47,52 all'ingresso a 39,5 alla dimissione e 39,2 al follow-up.** I dati ottenuti indicano un costante miglioramento medio della motricità nei vari settori indagati.

Scala UPDRS III 2° parte (depressione, la motivazione e l'iniziativa). Ognuna di queste parti ha rilevato un miglioramento per la riduzione dei valori numerici studiati. La scala va da 0 (indicativo di normalità) a 8 (indicativo di depressione). In particolare **questo item è passato da 8 all'ingresso a 6 alla dimissione per ritornare ad 8 dopo la rivalutazione a distanza di oltre 2 mesi.**

UPDRS III la 3° parte (attività della vita quotidiana). Questa parte valuta la capacità di vestirsi, l'igiene personale, le cadute, gli episodi di freezing e i disturbi sensitivi legati al parkinsonismo. La scala varia da 0 indicativo di normalità a 20 indicativo di incapacità. I risultati sono di **8,38 all'ingresso, 6 alla fine del trattamento e 8 nel follow-up.** Con questo item si sono indagate le capacità mentali, il comportamento e l'umore incluso lo stato di ansia e la depressione. (TAB.1)

I pazienti sono stati testati in ingresso con il **Mini Mental State Examination** il valore medio del campione studiato è stato di 16,7/30 indicativo di una demenza di moderata.

Lo stato funzionale delle persone è stato rilevato mediante l' **indice di Barthel (BI)**. Nel gruppo studiato la media del B.I. è passato da un **valore medio di 60/100, ad un valore medio di 85/100** indicativo di una significativa riduzione della dipendenza funzionale.

Risultati analoghi si sono avuti con il **TRASMUDA®TEST**, la cui scala varia da 0 per la assoluta incapacità a 140 per la completa capacità funzionale (il valore 140 si ottiene sommando tutti valori massimi degli item). Il valore medio, emerso dalla elaborazione delle medie dei punteggi dei singoli pazienti reclutati, è variato **da 9,11 all'ingresso a 19,6 alla dimissione**. Esso è indicativo di un rilevante miglioramento motorio e funzionale complessivo (TAB. 2) e nei diversi contesti indagati come in carrozzina (TAB. 3), pazienti con capacità deambulatorie (TAB.4) oltre i diversi item indagati quali l'equilibrio.(TAB. 5) e l'espressività (TAB.6). Tutte le tabelle e i dati statistici elaborati, per motivi di spazio, sono riportati integralmente sul sito riportato in conclusione.

Conclusioni

I dati rilevati evidenziano che la danza terapia metodo TRASMUDA® è in grado di modificare favorevolmente i test UPDRS III nelle sue componenti motorie, nel tono dell'umore e nelle valutazioni funzionali delle attività della vita quotidiana. Analogamente il TRASMUDA®TEST evidenzia guadagni funzionali su tutti i parametri indagati confermando una sinergia tra i due test.

I pazienti hanno risposto favorevolmente e con apprezzamento alla proposta riabilitativa di TRASMUDA®. Il costante sorriso e la gioia che ha accompagnato sempre gli incontri sono documentate oltre che dai dati numerici anche dalle immagini registrate durante diverse sedute.

Il numero limitato (1 incontro sett.) di sedute di TRASMUDA® da 5 a 16 a seconda dei pazienti con una media generale di 8.9 sedute lascia intravedere la possibilità di risultati ancora più incisivi e, soprattutto più duraturi (follow-up) ottenibili con percorsi riabilitativi più lunghi. Ciò indica che è possibile ed auspicabile l'inserimento di attività come TRASMUDA® che offrono, accanto alla riabilitazione funzionale, anche il recupero della di consapevolezza delle proprie capacità, un incremento della propria autostima correlata ad una maggior sicurezza nei vari movimenti. Tutti questi miglioramenti sono avvenuti con marcata riduzione dello stato depressivo, con la gioia e il piacere di incontrare il proprio corpo senza “gabbie” e nella percezione di una leggerezza e fluidità del proprio corpo espressa anche verbalmente dai pazienti stessi (come si evince dalle loro lettere leggibili sul sito www.renatarighetti.com).

Bibliografia

1. Lera Antonio Tiner (Trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante) un modello di Life Quality Project nella malattia di Parkinson. *Psicogeriatría*, n. 1 sup, 2010, pag. 187
2. Modena Luciana Logopedia e riabilitazione. *Linguaggio nella malattia di Parkinson Assistenza Anziani*, n. 7, 2007, pag. 46-50
3. Bellelli G., Bellwald C., Ponte M., et al Efficacia della riabilitazione motoria in pazienti affetti da malattia di Parkinson *Giornale di gerontologia*, Vol. 48, n. 11, 2000, pag. 810

4. Salsi Valeria, Romano Rita, Righetti Renata, et al. Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson. *I luoghi della cura*, Vol. 8, n. 1, 2010, pag. 18-21
5. M. Colombo, G. Previderè, M. Cottino, et al. Il "Parkinsonismo": una Sindrome difficile da riabilitare in geriatria? *Giornale di gerontologia*, Vol. 51, n. S5, 2003, pag. 85
6. Semprini Rita :Parkinson e riabilitazione. La realtà dell'associazione Iniziativa di Bologna Assistenza Anziani, n. 5/6, 2008, pag. 47-49
7. Bacciocchi A., Canelli R., Gaudenzi N., et al Parkinson e riabilitazione. Principi, trattamenti e varie opportunità Assistenza Anziani, n. 1, 2008, pag. 46-48
8. Jankovic J. Current strategies in treating the Parkinson's disease patient *Geriatrics*, Vol. 61, n. 11, 2006, pag. 3-11. Benvenuti Francesco, Taviani Antonio, Nesi Barbara, et al. Attività fisica adattata. *I luoghi della cura*, Vol. 7, n. 2, 2009, pag. 15-17
9. Haberfeld Ingrid: Parkinson. De nouveaux espoirs. *Notre Temps*, n. 466, 2008, pag. 50-52
10. Bacciocchi A., Canelli R., Gaudenzi N., et al: Parkinson e riabilitazione. Principi, trattamenti e varie opportunità . Assistenza Anziani, n. 1, 2008, pag. 46-48
11. Takeda Y., Kuroiwa Y., Watabe S., et al. Relationships among impairment, disability, handicap, burden of care, expenses, event-related potentials and regional cerebral blood flow in Parkinson's disease . *Geriatrics & Gerontology International*, Vol. 5 , n. 3 , 2005, pag. 189-201
12. Koskas P., Stirati S., Lagadec J., et al. Prise en charge multidisciplinaire des patients âgés parkinsoniens. *Soins gérontologie*, n. 65, 2007, pag. 9-11
13. Thomas P., Bonduelle P., Glozman J.M. La proximologie et la maladie de Parkinson: qualité de vie des aidants. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, n. 122, 2006, pag. 58-65
14. Bavazzano A., Magnolfi S.U., Mitidieri-Costanza A.V., et al . Anziano e Malattia di Parkinson: le strategie generali di "cura" *Giornale di gerontologia*, Vol. 51, n. 5, 2003, pag. 386-396
15. Duperrin Agnès, Allaire Aude. Parkinson. De nouvelles voies de traitement *Notre temps*, n. 388, 2002, pag. 55-56
16. Viliani t., orsili s., pasquetti p., et al. Il counseling nel programma riabilitativo del paziente parkinsoniano. *giornale di gerontologia*, vol. 43, n. 11, 1995, pag. 688-689
17. Jankovic J et al: "Functional decline in Parkinson Disease". *Arch Neurol/vol 58*, oct 2001, 1611-15.
18. . Louis ED et al:"Progression of parkinsonian signs in Parkinson disease". *Arch Neurol/vol 56*, 1999, 334-337.
19. Fahn S.: The freezing phenomenon in Parkinsonism. In S. Fahn, M. Hallett, H.O. Luders and C.D. Marsden, *Negative Motor Phenomena* (pp53-63), Philadelphia: Lippincott-Raven-Publishers.
20. Factor S.A. et al: "The natural history of the syndrome of primary progressive freezing gait". *Arch Neurol/vol 59*, nov 2002: 1778-83.
21. Quinn NP.:"Classification of fluctuation in patients with Parkinson's disease". *Neurology* 1998, 51 (Suppl 2), S25-S29.
22. Giladi N. et al:"Construction of freezing of gait questionnaire for patients with Parkinsonism." *Parkinsonism and Related Disord* 6, 2000, 165-170.

23. Guidi M. et al: "Gait analysis in de novo and advanced Parkinson's Disease: influence of acute L-dopa administration on spatiotemporal, kinematic and kinetic parameters studied by a 3D computerised system" *Mov Disord* 2002, 17 (suppl 5):S113-S114.
24. Nieuwboer et al:"Abnormalities of the spatiotemporal characteristics of gait at the onset of freezing in Parkinson's disease." *Mov Disord* 2001, 16(6): 1066-75.
25. Asburn A. et al: "A community-dwelling sample of people with Parkinson's disease: Characteristics of fallers and non-fallers" *Age and Aging* 2001, 30: 47-52.
26. Giladi N. et al: "Freezing of gait in PD: prospective assessment in the DATATOP cohort." *Neurology* 2001 Jun 26;56(12): 1712-21.

Autori e collaboratori

*Dr. Antonino Frustaglia: Direttore medico Area Socio Sanitaria, Supervisore e Responsabile del Progetto Parkinson Istituto Geriatrico "P. Redaelli" Via leopardi, Vimodrone Mi.

E-mail a.frustaglia@golgiredaelli.it, tel. 02250321

Dr.ssa **Renata Righetti: *Dmt-Apid*, Responsabile e conduttrice del Progetto Parkinson

Direttrice della Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea dell'Associazione TRASMUDA® e Dintorni. Via Filippo Lippi, 5 Milano

E-mail renarighettitrasmuda@tiscali.it, tel 3382195036

Operatori partecipanti all'organizzazione interna del Progetto Parkinson

Istituto Geriatrico "P. Redaelli" Via leopardi, Vimodrone Mi:

Dr.ssa Piera Monti #, Dr.ssa Celia Albanese #; Volontari Servizio Civile: Dr.ssa Debora Perazzone #, Sig. Ciro Ranieri; Volontari Unione Samaritana: Sigg.i Lanfranco Moroni, Andrea Frontoni e Luigi Spinelli.

Responsabili

Collaboratori Associazione Trasmuda e dintorni



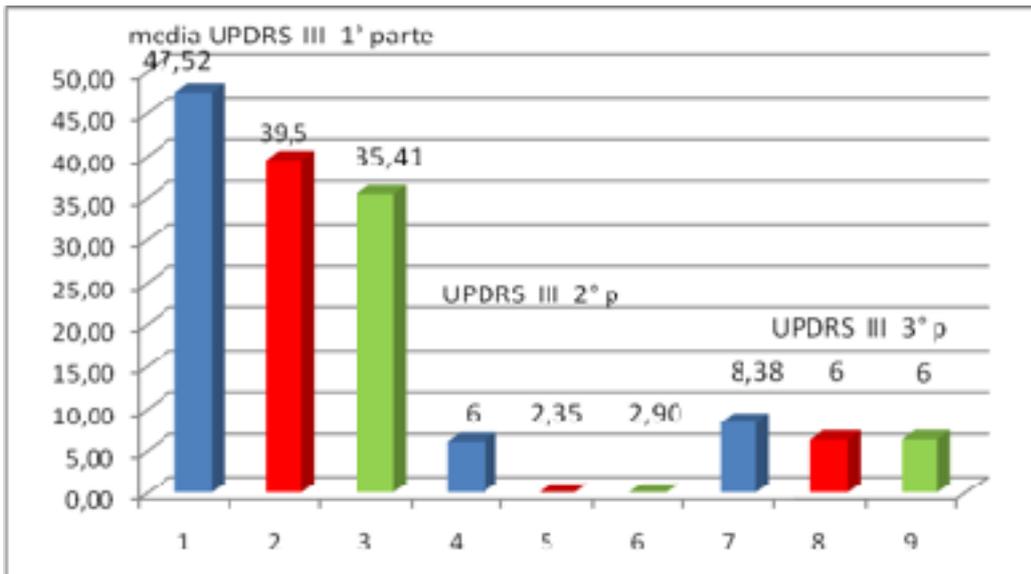
Claudia Vergani: responsabile della somministrazione e della elaborazione del test TRASMUDA®

Raffaella Resnati: collaboratrice nella somministrazione e della elaborazione del test TRASMUDA®

Vilma Pozzi: collaboratrice nella somministrazione del test TRASMUDA®

Allieve partecipanti della Scuola di Formazione per Counselor Esistenziale a mediazione corporea metodo TRASMUDA®

Angela Penna, Caterina Vescovi, Claudia Vergani, Elena Barluzzi, Elena Grossi, Elisabetta Bernardi, Ludovica Gianfilippi, Maria Rocca, Mariagrazia Guglielmucci, Raffaella Resnati, Rosamaria Pastori e Vilma Pozzi.



Tab. 1 UPDRS III: MOTORIA (1°), DEPRESSIONE (2°), ATTIVITA' VITA QUOTIDIANA (3°)

N.B. Legenda: più basso è il valore, maggiore è il miglioramento delle performance del paziente.

Colonne blu rappresentano i valori medi dei dati di ingresso

Colonne rosse rappresentano i valori medi dei dati alla dimissione (fine ciclo studio)

Colonne verdi rappresentano il controllo dopo almeno 2 mesi dalla fine del trattamento (follow-up)

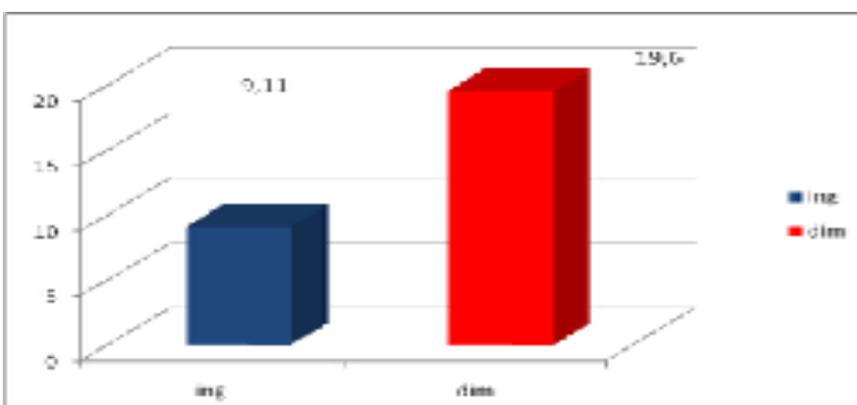
UPDRS III 1° parte = motoria

(linguaggio, espressione facciale, tremori a riposo faccia mani piedi, rigidità, picchiamento dita, apertura e chiusura mani, prono-supinazione mani, agilità gambe, alzarsi sedia, postura, marcia, stabilità posturale, bradicinesia ed ipocinesia corporea)

UPDRS III 2° parte = depressione, motivazione/iniziativa.

UPDRS III 3° parte = attività della vita quotidiana (vestirsi, igiene personale, cadute, episodi di freezing).

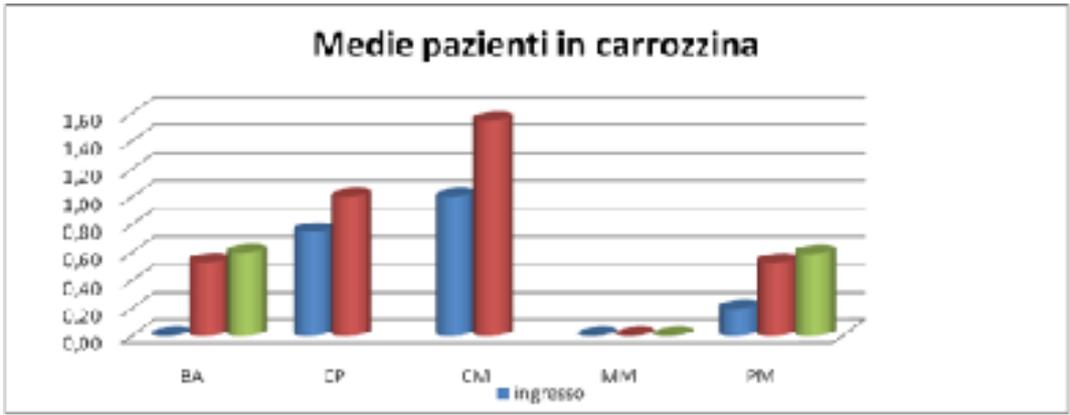
Test funzionale TRASMUDA®TEST



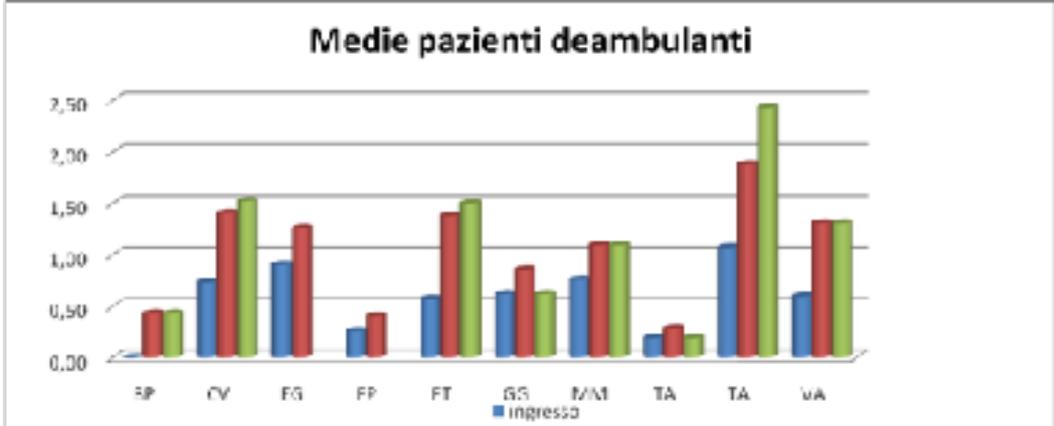
TAB. 2

TRASMUDA® Test . Valori medi complessivi dei 13 item di ingresso e dimissioni.

N.B. Maggiore è il valore numerico migliore è la performance della persona.



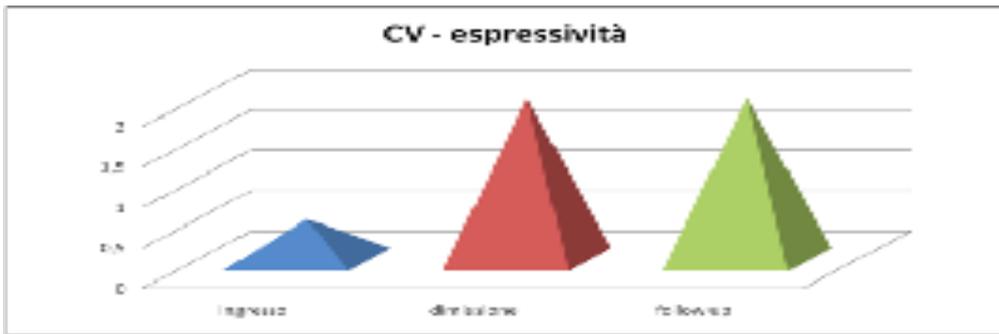
TAB 3-Valutazione specifica dei risultati nei pz. in carrozzina all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up



TAB. 4- Valutazione specifica dei pazienti deambulanti all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up



TAB.5- Valutazione dell'equilibrio all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up



TAB. 6- Valutazione dell'espressività all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up