La danzaterapia metodo TRASMUDA® nella riabilitazione della malattia di Parkinson

Antonino Frustaglia, Renata Righetti** e collaboratori*

** Istituto Geriatrico P. Redaelli, Vimodrone (MI)*
*** Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea, Associazione TRASMUDA® e Dintorni, Milano*

Collaboratori
Piera Monti, Celia Albanese; Istituto Geriatrico P. Redaelli, Vimodrone (MI)
Claudia Vergani, Raffaella Resnati, Vilma Pozzi; Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea dell' Associazione TRASMUDA® e Dintorni, Milano
Angela Penna, Caterina Vescovi, Elena Barluzzi, Elisabetta Bernardi, Ludovica Gianfilippi, Maria Rocca, Mariagrazia Guglielmucci, Rosamaria Pastori; allieve Scuola di Formazione per Counselor Esistenziale a mediazione corporea metodo TRASMUDA®
Debora Perazzone, Ciro Ranieri; Volontari Servizio Civile
Lanfranco Moroni, Andrea Frontoni e Luigi Spinelli; Volontari Unione Samaritana

Premessa

Attualmente le terapie del morbo 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 riabilitative complementari tra le quali, recentemente, l'arteterapia, la musicoterapia e la danzaterapia.
Queste attività complementari raramente sono state studiate con i test specifici della malattia di Parkinson. La ragione di questa carenza può essere ricondotta a due aspetti:

- la diffidenza dell'area scientifica verso l'area delle terapie complementari come le arti-terapie;
- 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 anni (con un range compreso tra i 60-90 anni), 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.

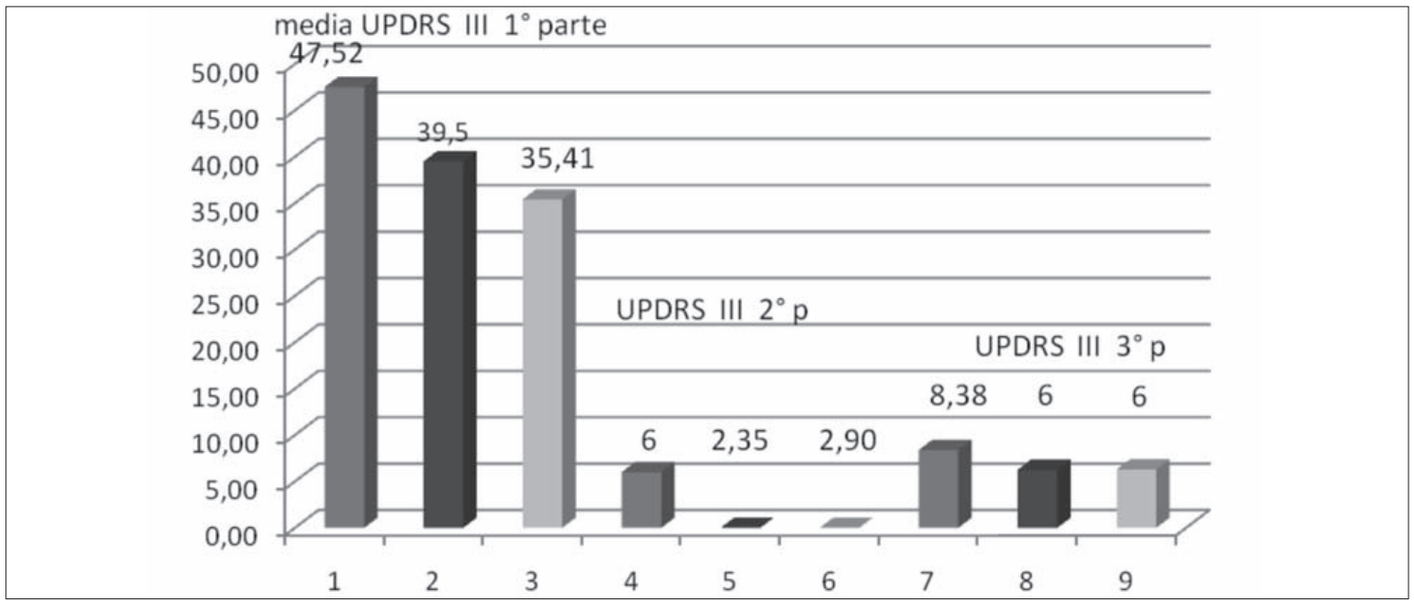
Materiali e metodi

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 Unified Parkinson's Disease Rating Scale (scala UPDRS III), lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr, il Mini Mental State Examination (MMSE), l'Indice di Barthel (BI) 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 de-

pressione, 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 inclusi lo stato di ansia e la depressione. I pazienti sono stati testati per il livello cognitivo con il Mini Mental State Examination, e con l'Indice di Barthel per valutare lo 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, il 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-propriocettiva ed essere 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 sia 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 sia con atto spontaneo concreto; l'iniziativa reciproca e l'espressività.

Risultati

Scala UPDRS III parte 1 (motoria). La valutazione ottenuta dall'analisi ha rilevato un miglioramento degli item previsti nella prima 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 parte 2 (depressione, motivazione e 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.
Scala UPDRS III parte 3 (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, inclusi lo stato di ansia e la depressione (Fig. 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 moderata.
Lo stato funzionale delle persone è stato rilevato mediante l'indice di Barthel; nel gruppo studiato la media dell'indice è passata 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 l'assoluta incapacità a 140 per la completa capacità funzionale (il valore 140 si ottiene sommando tutti i valori massimi degli item). Il valore medio, emerso dall'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 (Fig. 2) e nei diversi contesti indagati come pazienti in carrozzina (Fig. 3), pazienti con capacità deambulatorie (Fig. 4), oltre ad item quali l'equilibrio (Fig. 5) e l'espressività (Fig. 6).



Legenda: più basso è il valore, maggiore è il miglioramento delle performance del paziente.
Colonne grigio scuro: rappresentano i valori medi dei dati di ingresso.
Colonne nere: rappresentano i valori medi dei dati alla dimissione (fine ciclo studio).
Colonne grigio chiaro: rappresentano il controllo dopo almeno 2 mesi dalla fine del trattamento (follow-up).

Figura 1 - *UPDRS III: motoria (parte 1), depressione (parte 2), attività della vita quotidiana (parte 3).*

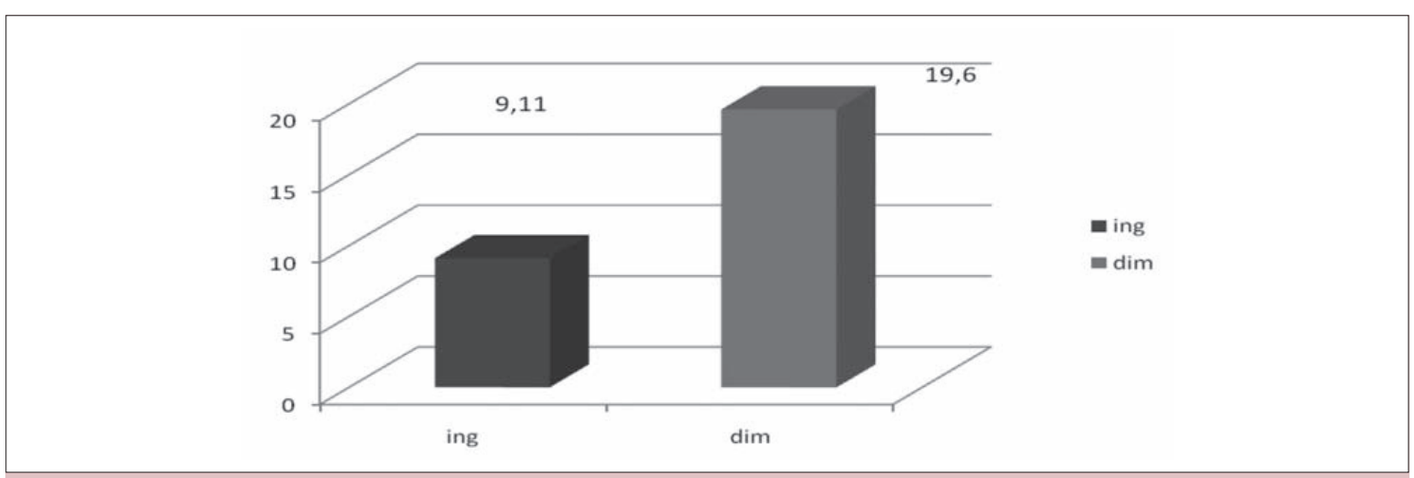


Figura 2 - *TRASMUDA® Test. Valori medi complessivi dei 13 item di ingresso e dimissioni. N.B. Maggiore è il valore numerico migliore è la performance della persona.*

Conclusioni

I dati rilevati evidenziano che la danzaterapia 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 documentati, oltre che dai dati numerici, anche dalle immagini registrate durante diverse sedute.
Il numero limitato (1 incontro a settimana) di sedute di

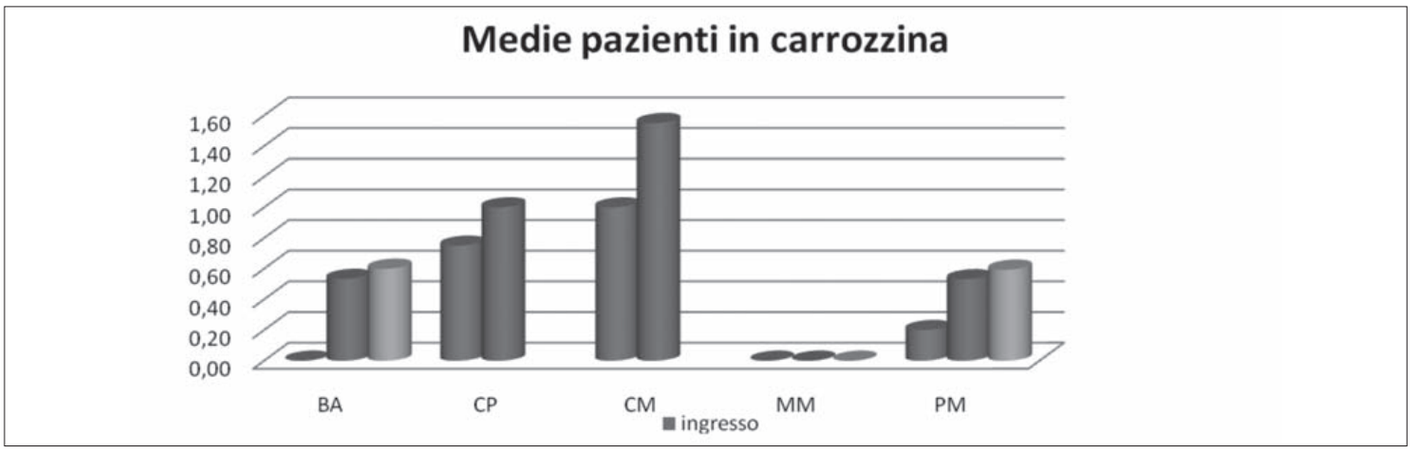


Figura 3 - *Valutazione specifica dei risultati nei pazienti in carrozzina all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.*

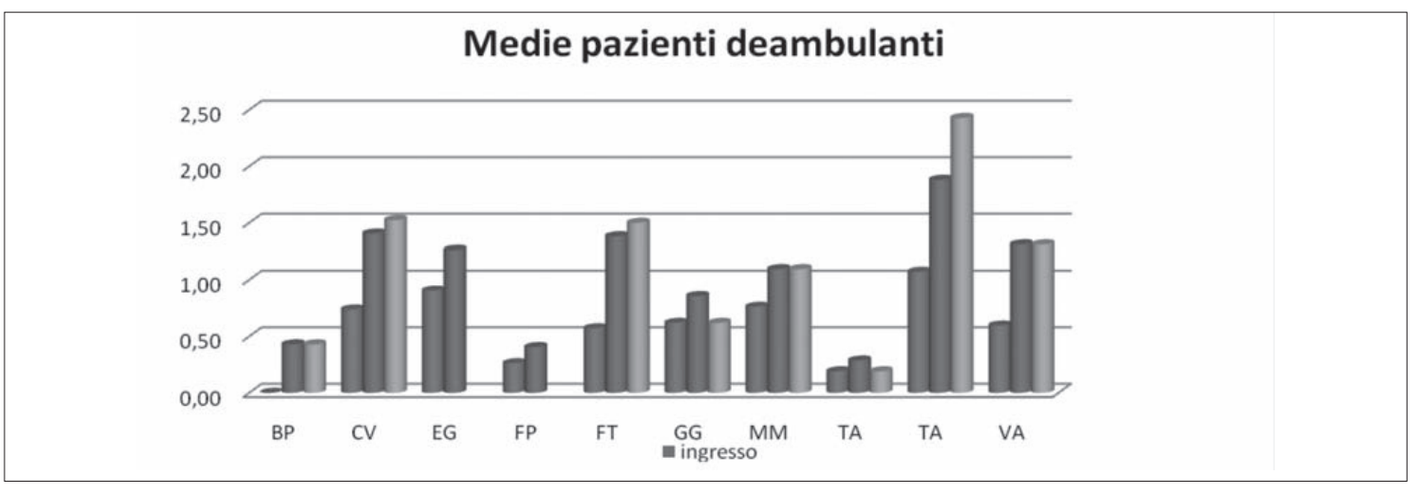


Figura 4 - *Valutazione specifica dei pazienti deambulanti all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.*

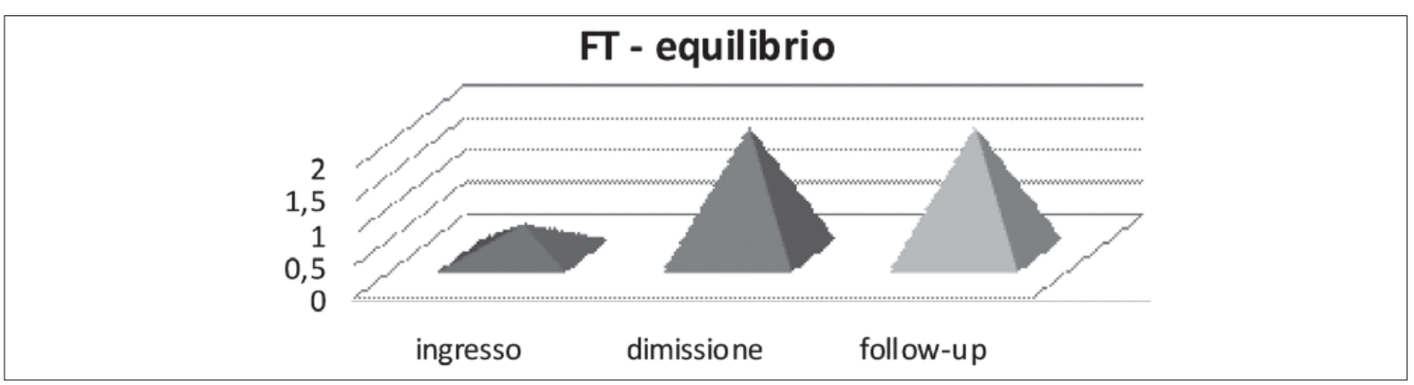


Figura 5 - *Valutazione dell'equilibrio all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.*

TRASMUDA®, da 5 a 16 a seconda dei pazienti, con una media generale di 8,9 sedute, lascia intravvedere 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 consapevolezza delle proprie capacità, un incremen-

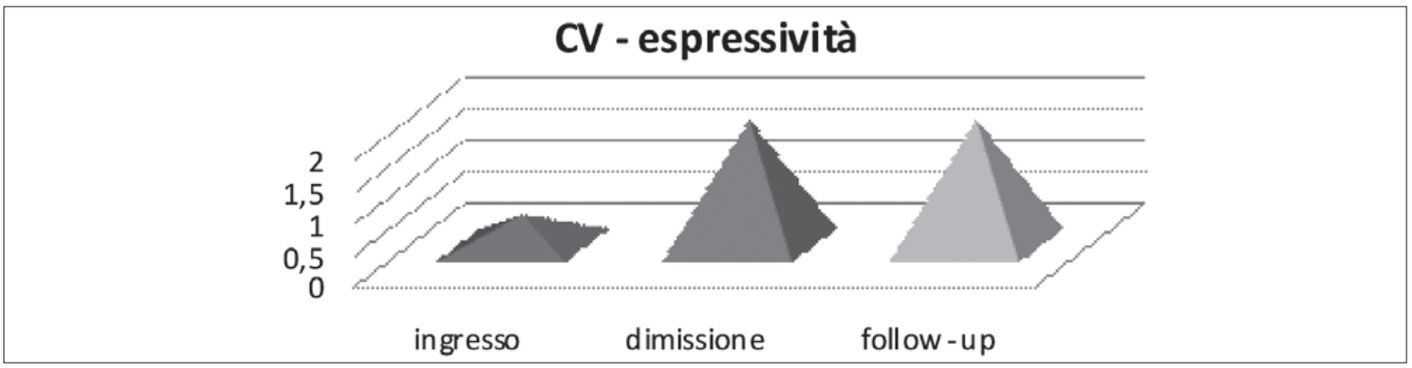


Figura 6 - *Valutazione dell'espressività all'ingresso, alla dimissione e nel follow-up.*

to 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 pubblicate sul sito www.renatarighetti.com).

Bibliografia consigliata

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.

Bacciocchi A, Canelli R, Gaudenzi N, et al. Parkinson e riabilitazione. Principi, trattamenti e varie opportunità. Assistenza Anziani 2008;1:46-8.

Bavazzano A, Magnolfi SU, Mitidieri-Costanza AV, et al. Anziano e Malattia di Parkinson: le strategie generali di "cura". Giornale di gerontologia 2003;51(5):386-96.

Bellelli G. Bellwald C. Ponte M. et al. Efficacia della riabilitazione motoria in pazienti affetti da malattia di Parkinson. Giornale di gerontologia 2000;48(11):810.

Benvenuti F, Taviani A, Nesi B, et al. Attività fisica adattata. I luoghi della cura2009;2:15-7.

Colombo M, Previderè G, Cottino M, et al. Il "Parkinsonismo": una Sindrome difficile da riabilitare in geriatria? Giornale di gerontologia 2003;51(S5):85.

Duperrin A, Allaire A. Parkinson. De nouvelles voies de traitement. Notre temps 2002;388:55-6.

Factor SA, et al. The natural history of the syndrome of primary progressive freezing gait. Arch Neurol 2002;59:1778-83.

Fahn S. The freezing phenomenon in Parkinsonism. In Fahn S, Hallett M, Luders HO, Marsden CD. Negative Motor Phenomena. Philadelphia, Lippincott-Raven-Publishers: 53-63.

Giladi N, et al. Construction of freezing of gait questionnaire for patients with Parkinsonism. Parkinsonism and Related Disord 2000;6:165-70.

Giladi N, et al. Freezing of gait in PD: prospective assessment in the DATATOP cohort. Neurology 2001;56(12):1712-21.

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-S4.

Haberfeld I. Parkinson. De nouveaux espoirs. Notre Temps 2008;466:50-2.

Jankovic J. Current strategies in treating the Parkinson's disease patient. Geriatrics 2006;61(11):3-11.

Jankovic J, et al. Functional decline in Parkinson Diesease. Arch Neurol 2001;58:1611-5.

Koskas P, Stirati S, Lagadec J, et al. Prise en charge multidisciplinaire des patients agés parkinsoniens. Soins gérontologie 2007;65:9-11.

Lera A. TINER (Trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante) un modello di Life Quality Project nella malattia di Parkinson. Psicogeriatria 2010;1:187.

Louis ED, et al. Progression of parkinsonian signs in Parkinson disease. Arch Neurol 1999;56:334-7.

Modena L. Logopedia e riabilitazione. Linguaggio nella malattia di Parkinson. Assistenza Anziani 2007;7:46-50.

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.

Quinn NP. Classification of fluctuation in patients with Parkinson's disease. Neurology 1998;51(Suppl 2): S25-9.

Salsi V, Romano R, Righetti R, et al. Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson. I luoghi della cura 2010;8(1):18-21.

Semprini R. Parkinson e riabilitazione. La realtà dell'associazione Iniziativa di Bologna. Assistenza Anziani 2008;5/6:47-9.

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 2005;5(3):189-201.

Thomas P, Bonduelle P, Glozman JM. La proximologie et la maladie de Parkinson: qualité de vie des aidants. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2006;122:58-65.

Viliani T, Orsili S, Pasquetti P, et al. Il counseling nel programma riabilitativo del paziente parkinsoniano. Giornale di gerontologia 1995;43(11):688-9.