

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

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

**Premessa**

E' noto che il Parkinson è una malattia cronica invalidante di interesse prevalentemente geriatrico.

Attualmente le terapie sul Parkinson si fondano sul trattamento farmacologico attraverso l'uso di dopamina, dopaminosimili e dopaminergici da associare a trattamento riabilitativo per mantenere l'autosufficienza funzionale.

Da qualche anno nella letteratura sono apparse esperienze di altre terapie complementari riabilitative e non 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 arti-terapie

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

La DANZATERAPIA TRASMUDA® ha deciso di sottoporsi a questo studio perché la sua metodologia 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 è composto da pazienti con diagnosi accertata e con trattamento farmacologico specifico ottimizzato rispetto allo stadio evolutivo della malattia.

**Materiali e metodi**

Sono stati selezionati i pazienti erano provenienti da:

l'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone (Mi) in regime di ricovero residenziale, riabilitativo, day hospital e dal domicilio per terapia riabilitativa di gruppo.

Tutti i pazienti sono stati valutati dai neurologi e sono state compilate la **scala UPDRS III, il Mini Mental State Examination, l'Indice di Barthel, lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr** e il **test specifico funzionale di TRASMUDA®**. 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. Questi item prevedono 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 di TRASMUDA®** che indaga con criteri di valutazione da 0 indicativo di massima incapacità a 4 indicativo di massima abilità varie funzioni che hanno nel metodo **TRASMUDA®** valore motorio/funzionale e psicologico/esistenziale. A scopo di massima obiettività, nel test **TRASMUDA®** si utilizza come punteggio finale il risultato della media dei punteggi di 3 osservatori indipendenti addestrati. 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). Essa può essere fisica-proprioceettiva o dipendente da 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, fluidità motoria e sicurezza; l'integrazione melodica, la creatività sia con stimolo simbolico che 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 gambe, alzarsi sedia, postura, marcia, stabilità posturale, bradicinesia ed 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.** Questi dati 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.**

### **Scala 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.

I pazienti sono stati testati in ingresso con il **Mini Mental State Examination** (il cui range va da 30 a 24 per la normalità, da 23 a 21 per la demenza lieve, da 20 a 11 per la demenza moderata e da 10 a 0 per la demenza grave) 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)** La scala varia da 100 nella completa autonomia a 0 indicativo di totale dipendenza. 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 evidente riduzione della dipendenza funzionale.

Dei risultati analoghi si sono avuti con il **test funzionale di TRASMUDA®**, la cui scala varia da 0 per la 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 dalla elaborazione delle medie dei punteggi dei singoli pazienti reclutati, va da 9,11 all'ingresso a 19,6 alla dimissione. Esso è indicativo di un rilevante incremento funzionale complessivo.

### **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 test funzionale TRASMUDA® evidenzia guadagni funzionali su tutti i parametri indagati confermando una sinergia tra i due test.

I pazienti hanno risposto favorevolmente e con gioia 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 di sedute settimanali di danza terapia metodo 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 la danza terapia metodo TRASMUDA® che offrono, accanto alla riabilitazione funzionale, anche il recupero della consapevolezza delle proprie capacità e un incremento della propria autostima correlata con 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 (lettere leggibili su [www.renatarighetti.com](http://www.renatarighetti.com)).

\*Dr. Antonino Frustaglia: Direttore medico, Supervisore e Responsabile del Progetto Parkinson  
Istituto Geriatrico “P. Redaelli” Via leopardi, Vimodrone Mi. E-mail [a.frustaglia@golgiredaelli.it](mailto:a.frustaglia@golgiredaelli.it), tel. 02250321

\*\*Dr.ssa Renata Righetti: Responsabile e conduttrice del Progetto Parkinson  
Direttrice della Scuola di formazione per Counselor esistenziali a mediazione corporea a dell’ Associazione TRASMUDA® e Dintorni. Via Filippo Lippi, 5 Milano E-mail [renarighettitrasmuda@tiscali.it](mailto: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 del test TRASMUDA®  
Raffaella Resnati: responsabile della somministrazione del test TRASMUDA®  
Vilma Pozzi: responsabile della somministrazione del test TRASMUDA®

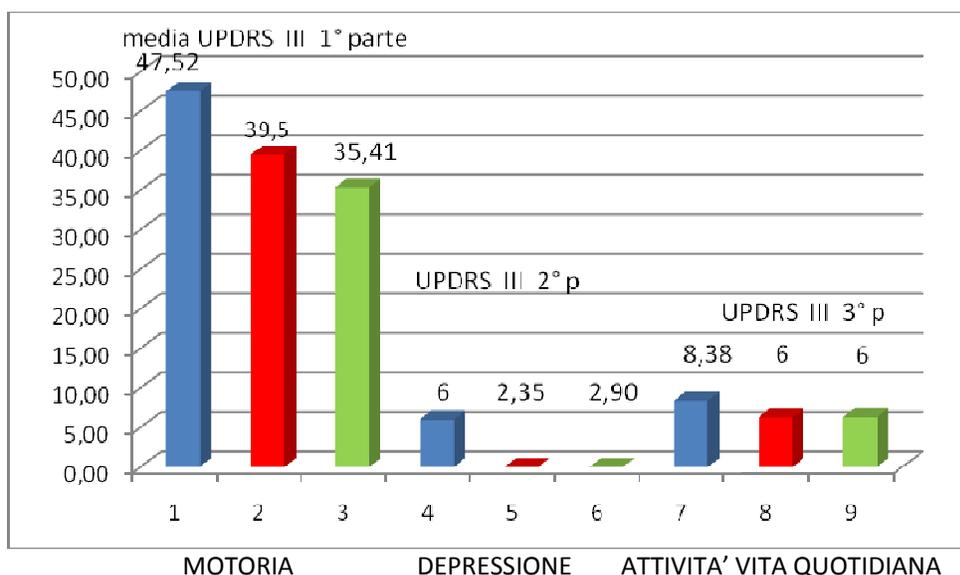
Allieve della scuola di formazione per counselor esistenziale a mediazione corporea metodo TRASMUDA®  
Angela Penna, Caterina Vescovi, Claudia Vergani, Elena Barluzzi, Elena Grossi, Elisabetta Bernardi, Ludovica Gianfilippi, Maria Rocca, Mariagrazia Guglielmucci, Raffaella Resnati, Rosamaria Pastori e Vilma Pozzi.

## Bibliografia

1. Semprini Rita  
Parkinson e riabilitazione. La realtà dell'associazione Iniziativa di Bologna Assistenza Anziani, n. 5/6, 2008, pag. 47-49
2. Bacciocchi A., Canelli R., Gaudenzi N., et altri  
Parkinson e riabilitazione. Principi, trattamenti e varie opportunità Assistenza Anziani, n. 1, 2008, pag. 46-48
3. 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
4. Modena Luciana Logopedia e riabilitazione. Linguaggio nella malattia di Parkinson Assistenza Anziani, n. 7, 2007, pag. 46-50

5. Clair Alicia Ann  
Therapeutic use of music with older adults  
Health Professions Press, Baltimore, 1996, 314 pp.
6. Lera Antonio  
TINER (Trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante) un modello di Life Quality Project nella malattia di Parkinson. *Psicogeriatria*, n. 1 sup, 2010, pag. 187
7. Bellelli G., Bellwald C., Ponte M., et altri  
Efficacia della riabilitazione motoria in pazienti affetti da malattia di Parkinson  
*Giornale di gerontologia*, Vol. 48, n. 11, 2000, pag. 810
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 altri  
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 agés parkinsoniens.  
*Soins gérontologie*, n. 65, 2007, pag. 9-11
13. Thomas P., Bonduelle P., Glozman J.M.  
La proximité 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. M. Colombo, G. Previder e, M. Cottino, et al.  
Il "Parkinsonismo": una Sindrome difficile da riabilitare in geriatria?  
*Giornale di gerontologia*, Vol. 51, n. S5, 2003, pag. 85
15. 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
16. Duperrin Agn es, Allaire Aude.  
Parkinson. De nouvelles voies de traitement  
*Notre temps*, n. 388, 2002, pag. 55-56
17. 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

18. Jankovic J et al: "Functional decline in Parkinson Disease". Arch Neurol/vol 58, oct 2001, 1611-15.
19. . Louis ED et al:"Progression of parkinsonian signs in Parkinson disease". Arch Neurol/vol 56, 1999, 334-337.
20. 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.
21. Factor S.A. et al: "The natural history of the syndrome of primary progressive freezing gait". Arch Neurol/vol 59, nov 2002: 1778-83.
22. Quinn NP.:"Classification of fluctuation in patients with Parkinson's disease". Neurology 1998, 51 (Suppl 2), S25-S29.
23. Giladi N. et al:"Construction of freezing of gait questionnaire for patients with Parkinsonism." Parkinsonism and Related Disord 6, 2000, 165-170.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Narabayashi H et al:"Cases of pure akinesia without rigidity and tremor and with no effect by L-dopa therapy". In Birkmayer W, Hornykiewicz O, eds. Advances in parkinsonism. Basel: Editions Roche, 1976: 335-342.
28. Narabayashi H et al: Clinical effects of L-threo-3,4-Dihydroxyphenylserine in cases of parkinsonism and pure akinesia. In Yahr MD, Bergmann KJ, eds. Parkinson's disease: New York: Raven Press, 1986:593-602.
29. Giladi N. et al: "Freezing of gait in PD: prospective assessment in the DATATOP cohort." Neurology 2001 Jun 26;56(12): 1712-21.
30. Macht M. and Ellgring H.: "Behavioral analysis of the freezing phenomenon in Parkinson's disease: a case study. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 30, 1999, 241-247.



Legenda: più il valore è basso e meglio sta il 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 2 o più mesi dalla fine del trattamento (follow-up)

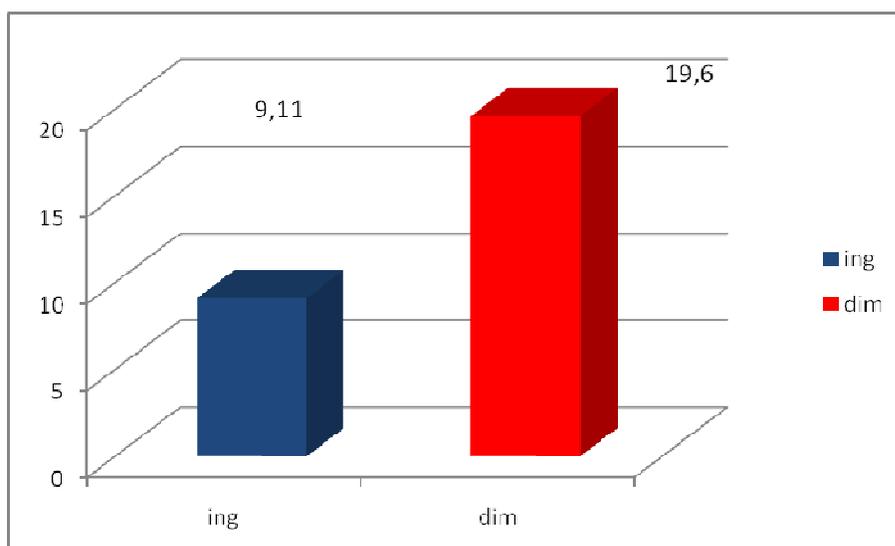
UPDRS III 1° parte = motoria

(linguaggio, espressione facciale, tremori a riposo faccia mani piedi, rigidità, picchiettamento 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 di TRASMUDA®



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

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