



Comune di Moena (Tn) *Val
di Fassa - Dolomiti*

"DOLOMITI P ARKINSON"
Tra Natura Musica & Scienza III

Edizione



Atti del Convegno Scientifico :

APPROCCIO GLOBALE ALLA
PERSONA CON P ARKINSON

- Esperienze a confronto -

*Sala Consigliare del Comune di Moena
16 settembre 2006*

Convegno Scientifico
"APPROCCIO GLOBALE ALLA PERSONA CON PARKINSON"



James Parkinson
(1755-1824)

L'Esperienza di RCA&P - Milano

Sì~:m&~..~ptJq4Ì~;!.Q~t~_~

Livio Bressan Neurologo -
AO S. Gerardo - Monza

La *malattia di Parkinson* - descritta per la prima volta dal 'medico inglese James Parkinson in un libretto intitolato "*Trattato sulla paralisi agitante*" pubblicato nel 1817 - colpisce più di 220.000 persone in Italia. E' una malattia cronica che toglie progressivamente autonomia a chi ne è colpito: *movimenti involontari eccessivi, blocchi motori improvvisi, tremore e rigidità, difficoltà di parola, depressione ed allucinazioni* sono solo alcuni dei problemi che il malato quotidianamente si trova ad affrontare e con i quali deve imparare a convivere. Per quanto riguarda l' *epidemiologia*, si segnala che la malattia di Parkinson si riscontra più o meno nella stessa percentuale nei due sessi ed è presente in tutto il mondo. I sintomi possono comparire a qualsiasi età anche se un esordio prima dei 40 anni è insolito e prima dei 20 è estremamente raro. Nella maggioranza dei casi i primi sintomi si notano intorno ai 60 anni. Sotto il profilo *neuropatologico*, la malattia di Parkinson consiste in un disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato da degenerazione di alcune cellule nervose situate in una zona profonda del cervello denominata sostanza nera. Queste cellule producono il neurotrasmettitore *dopamina*, che è responsabile dell'attivazione di un circuito che controlla il movimento. Con la riduzione di almeno il 50% dei neuroni dopaminergici viene a mancare un'adeguata stimolazione dei recettori delle stazioni di arrivo nello *striato*. Per quanto riguarda la *sintomatologia clinica*, la malattia di Parkinson è una patologia ad evoluzione progressiva che si arricchisce nel suo decorso di numerosi sintomi, al punto tale che ne sono stati elencati oltre 45. I *sintomi cardinali* della malattia di Parkinson, facilmente riconoscibili sul piano clinico, variamente combinati fra di loro sono: *rigidità, bradicinesia, tremore, instabilità posturale, disturbi psichici, sintomi accessori*. La *terapia* è volta a recuperare al meglio la funzionalità motoria e deve essere adattata alle caratteristiche della vita e delle attività quotidiane di ogni paziente. I rimedi terapeutici attuali sono in grado di correggere i sintomi, ma non di guarire la malattia definitivamente. La terapia deve includere trattamenti sia di tipo *farmacologico* che *non farmacologico*. La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di quei farmaci che si dimostrano in grado di controllare i *sintomi primari* della malattia di Parkinson. Vengono privilegiati i *dopaminoagonisti* nelle prime fasi di malattia, mentre successivamente si introducono *levodopa* e tutti gli altri farmaci necessari. L'obiettivo è quello di raggiungere un buon compenso della sintomatologia con le dosi di farmaco più basse possibili. I trattamenti non farmacologici hanno lo scopo di conservare le funzioni residue, essi si basano quindi sulla preliminare valutazione di tali potenzialità, su cui impostare l'intervento. Rispetto alle terapie farmaco logiche, questi programmi richiedono una maggiore partecipazione da parte dei pazienti e un grande impegno di tutti i membri dell'equipe riabilitativa. Precisiamo che si tratta di programmi che, nella maggioranza dei casi, non hanno ancora trovato indicazioni rigorosamente fondate su studi clinici. Tuttavia, la loro ampia diffusione e i risultati soddisfacenti, che vengono descritti in singoli casi, ne supportano l'impiego. Le "*Arti Terapie*" o "*Terapie Espressive*" fanno leva sulla somma del bagaglio di tecnica e di

espressione artistica, che costituiscono l'impianto teorico e metodologico, di una serie di discipline unite da un denominatore creativo. *Arte Terapia*, *Musicoterapia* e *Danza Movimento Terapia*, sono le più note forme di intervento espressivo a prevalente estrinsecazione non verbale, a differenza della psicoanalisi e delle terapie che si basano unicamente sull'uso della filosofia della parola, per il contenimento logico delle emozioni. Pur riconoscendone l'indubbia validità, noi ci collochiamo, per *fondamenti teorici* e *metodologia*, in posizione equidistante dagli *interventi riabilitativi* e dalle *Arti Terapie*. In particolare, riteniamo che il grosso rischio dei *tradizionali programmi riabilitativi* nel campo delle *demenze* e dei *disturbi del movimento*, sia quello di banalizzare il contesto prendendo in considerazione solo il *modesto recupero* o la *faticosa conservazione* di alcune *funzioni cognitive o motorie*, che stanno per svanire. In tale ottica le *performances* dei pazienti vengono giudicate buone solo se *sufficientemente rapide e precise*. Noi siamo convinti, al contrario, che sia più utile combattere la *depressione* e l'*isolamento* di tali malati cercand~ nuove vie di comunicazione. Più che stimolare i nostri malati a fornire "*prestazioni efficaci*" e "*spiegazioni logiche*", ci sforziamo di lasciarci andare in una comunicazione empatica con il nostro paziente. D'altro canto le *Arti Terapie*, pur indubbiamente utili, godono di una certa "*aspecificità*". Esse infatti, per impostazione metodo logica, tendono a valorizzare la *creatività artistica* con *propositi curativi* e hanno come scopo, più che la *riabilitazione*, il *benessere psicologico dell'individuo*, sia esso affetto da Parkinson o da qualsiasi altro tipo di patologia. Il nostro "*Metodo di rieducazione*" si prefigge l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei malati di Parkinson (quindi si focalizza su una patologia neurodegenerativa) tramite "*stimoli artistici mirati sui deficit del paziente*", al fine di permettere a tali malati di conservare il più alto livello di autonomia compatibile con il loro stadio di malattia. Tale *Metodo* si configura come approccio multi dimensionale che coinvolge più figure professionali che appartengono sia al mondo della *Riabilitazione* sia a quello delle *Terapie Espressive*. Pertanto, come i tradizionali percorsi riabilitativi, anche i nostri progetti rieducativi sono mirati ai vari aspetti *cognitivo* (memoria, linguaggio e attenzione) *efunzionale* (deficit motori). Tuttavia nel nostro *Metodo* l'aspetto affettivo occupa una posizione importante, poiché è risaputo che la deflessione del tono dell'umore influenza negativamente sia le prestazioni *mnesiche* che la capacità di mantenere contatti *stimolanti* con l'ambiente. In sintesi il nostro *Metodo Rieducativo*, pur 'condividendo le finalità della *Riabilitazione tradizionale* cognitiva e motoria, utilizza (come le *Terapie Espressive*), alcuni mezzi dalle straordinarie possibilità comunicative: gli stimoli *grafico-pittorici* e *ritmico-musicali*.

RECUPERO EMOTIVO ARTISTICO

TECNICHE DI COMUNICAZIONE EMOZIONALE

Maria Cristina Villa

Psicologo - RSA S. Andrea - Monza

Tra farmaci, riabilitazione motoria, rieducazione cognitivo-emotiva si aprono molte possibilità di azione per la Malattia di Parkinson. Attualmente, comunque, la patologia può essere curata ma purtroppo non guarita. Nel suo lungo declino, la capacità di articolare parole gradualmente si perde e di conseguenza aumenta lo stato depressivo causato dal ritiro sociale. Proprio in queste circostanze è importante saper comunicare con chi si esprime con difficoltà. Gestì, carezze, mimica, vicinanza sono strumenti preziosi per mantenere il contatto, ma il loro uso deve essere compreso e interpretato. Mantenere la comunicazione al di là della perdita della capacità di parlare, mantenere un flusso di affetti e rassicurazioni, consentire ai familiari di godere di occasioni di reale vicinanza, permette ai terapeuti di non abbassare il livello di cure con pazienti finora considerati - *sbagliando* - non più curabili. Questa è l'ultima frontiera della cura e della terapia del paziente con malattia di Parkinson.

L'ARTE TERAPIA NELLA CURA DELLA DEPRESSIONE DEL P ARKINSONIANO

Emanuela Galbiati

Esperta in Arte Terapia - Consulente Istituto Geriatrico Redaelli - Milano

La depressione è molto comune nella malattia di Parkinson: approssimativamente il 40% dei pazienti parkinsoniani manifesta almeno un episodio di depressione indipendentemente dall'età, dalla durata e dalla gravità della malattia o dai deficit cognitivi. Apatia, anedonia, sensi di colpa e di impotenza, rimorso e tristezza, perdita di auto stima e di iniziativa, difficoltà mnesiche, di concentrazione e giudizio sono purtroppo frequenti nel malato di Parkinson, insieme con la sintomatologia che spesso si accompagna alla depressione ossia ansia, attacchi di panico, agitazione, irrequietezza e irritabilità. Alla base della depressione nel paziente

parkinsoniano risultano due ipotesi eziologiche: una "re attiva" alla diagnosi della malattia ed alla conseguente disabilità e l'altra definita "endogena biochimica" basata sulle modificazioni che investono il sistema dopaminergico e serotonergico. Per quanto riguarda l'ipotesi reattiva vengono descritti due picchi di incidenza, uno precoce alla comunicazione della diagnosi e il secondo allo stadio IV della Scala Hoen & Yar, che corrisponde al passaggio dall'indipendenza del soggetto alla necessità di aiuto. Si è inoltre osservato che la depressione è più frequente nelle forme bradicinetico-rigide della malattia rispetto a quelle tremorigene ed è spesso correlata a variazioni cliniche della patologia (fasi off). A conferma della severità ed importanza della depressione nel parkinsoniano, nel DSM-IV (Diagnostic Statistic Manual, classificazione diagnostica delle patologie psichiche della Società Americana di Psichiatria) è stata inserita una nuova categoria diagnostica alla voce "disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale". E' fondamentale che la depressione nel malato di Parkinson venga riconosciuta e trattata sia perché essa è stata recentemente considerata un fattore di rischio per una più rapida progressione della malattia e sia perché il suo trattamento può condizionare anche un miglioramento dei sintomi motori.

L'UTILIZZO DELL'ARTE TERAPIA NELLA CURA DEL PAZIENTE PARKINSONIANO

L'Arte Terapia impiegata come cura del paziente parkinsoniano fonda il suo intervento, ai fini del trattamento dei disturbi dell'umore e della riabilitazione della motilità fine della mano, su due caratteristiche che le sono proprie : la particolare rispondenza del malato di Parkinson al mezzo artistico e la situazione di gruppo propria del setting delle sedute.

- nel 1994 il neurologo tedesco Johannes Lakke ha presentato all'assemblea generale E.P.D.A. (European Parkinson's Disease Association), tenutasi a Glasgow, una ricerca dal titolo "Arte e malattia di Parkinson". Lakke ha valutato il livello di creatività in artisti affetti dalla patologia, prima e dopo la diagnosi. I risultati della ricerca hanno confermato che, negli artisti che avevano sviluppato la malattia, non vi era stato nessun impoverimento dell'originale creatività, nonostante le considerevoli limitazioni a livello motorio, causate dalla patologia. I pazienti osservati hanno manifestato maggiori difficoltà ad esprimersi attraverso linguaggio e scrittura piuttosto che nell'utilizzare la propria creatività per comunicare, Diane Waller, arte terapeuta inglese, afferma che il malato di Parkinson è "consumato" dal processo artistico, volendo intendere che l'intensità dell'investimento creativo in questi pazienti è enorme. A conferma della sua tesi, la Waller, riporta questa significativa frase di un suo paziente: "*quando disegno, io mi dimentico del Parkinson e il Parkinson si dimentica di me ...*"

- attraverso l'Arte Terapia è possibile attivare la capacità di elaborare il proprio vissuto e di trasmetterlo creativamente agli altri; il processo artistico consente infatti il recupero della propria creatività, in quanto forza vitale, e può favorire l'espressione di sentimenti talvolta non esprimibili a parole. Può scaricare ansie e tensioni, rafforzare l'autostima e il senso di identità personale, può rendere più coscienti le emozioni veicolate dalle esperienze sensoriali e migliorare il rapporto con se stessi e gli altri. Attraverso uno strumento estremamente rispettoso delle difese personali, facilitante e in grado di attivare il piacere sensibile, si consente ai partecipanti alle sedute un significativo sollievo alla loro situazione psicologica. La manipolazione dei diversi materiali artistici riattiva memorie corporee legate alla relazione primaria, in grado di risvegliare affetti perduti a causa della patologia. Al contempo la rieducazione della motilità fine della mano trae beneficio, grazie all'uso mirato delle diverse tecniche artistiche.

- la situazione grupale di condivisione, rispecchiamento e confronto costituisce un ulteriore punto di forza del percorso di sostegno a mediazione artistica. Il gruppo è infatti un elemento fondamentale nella terapia della depressione, così come descritto dallo psichiatra americano Irving Yalom, che ha individuato i fattori terapeutici, propri della terapia di gruppo, tra i quali i seguenti soddisfano particolarmente le istanze relative alla cura dei disturbi dell'umore correlati a un patologia cronica degenerativa come il Parkinson:

1) *l'infusione della speranza*: la struttura stessa del gruppo si giova di una specifica fonte di speranza che scaturisce dalla condivisione e dal rispecchiamento con suoi membri. l'universalità: la smentita della triste convinzione di essere soli nella disgrazia, favorita dall'esperienza di gruppo, è fonte di immediato sollievo per ognuno dei membri.

2) *l'informazione*: fornire nozioni e spiegare il processo della patologia è importante poiché la spiegazione di un fenomeno rappresenta il primo passo verso il controllo del fenomeno stesso.

3) *l'apprendimento interpersonale*, l'apprendere dagli altri membri del gruppo modalità funzionali e costruttive di approccio al problema, costituisce un ulteriore fattore terapeutico derivante dalla situazione grupale. Nel gruppo di sostegno, inoltre, i membri ricevono qualcosa per il fatto stesso di dare, scoprire che la propria esperienza può essere stata importante per altre persone è una sensazione ristoratrice in grado di dare un forte impulso all'auto stima.

L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO GERIATRICO REDAELLI

Nel Servizio di Day Hospital dell'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano è stato attivato, a partire da marzo 2006, un progetto pilota di Rieducazione Emotivo Cognitiva attraverso l'Arte e la Musica. Per quanto riguarda l'utilizzo dell'Arte, è stato trattato un gruppo di 6 pazienti affetti da Parkinson associato a depressione, con sedute di Arte Terapia a cadenza settimanale, da marzo a giugno 2006. I primi risultati ottenuti sono stati molto confortanti e hanno confermato l'efficacia del trattamento, che proseguirà a partire da settembre 2006. In linea generale si è osservato un sensibile miglioramento del tono dell'umore dei pazienti a seguito della possibilità offerta loro di esprimere e condividere dubbi, ansie e paure. Gradatamente i membri del gruppo hanno acquisito la capacità di esternare le loro sensazioni, anche le più disturbanti e negative, attraverso l'uso libero e guidato dei materiali artistici. Si è rivelato di grande importanza la conoscenza, da parte dell'arteterapeuta, delle fondamentali nozioni relative alla malattia di Parkinson, poiché in questo modo i pazienti si sono sentiti compresi e riconosciuti. Il gruppo ha compensato efficacemente il ritiro dalle attività sociali, causato dalla patologia, attraverso l'interazione tra i membri; i partecipanti hanno imparato a conoscersi e ad attendere la seduta successiva per ritrovarsi e l'aspetto relazionale ha subito un benefico impulso. L'utilizzo combinato di un'ampia gamma di materiali (tempere, creta, acquerelli, pastelli, matite, etc.) ha permesso di esercitare la motilità fine della mano, spesso compromessa dalla malattia. Il prossimo periodo di attuazione del Progetto, previsto a partire da settembre 2006, sarà attentamente monitorato attraverso Scale di Valutazione apposite (upDRS - HADS - IQ 39 etc.), allo scopo di produrre un studio clinico accurato sull'efficacia dell'utilizzo dell'Arte Terapia nel trattamento dei disturbi dell'umore correlati alla malattia di Parkinson, a conferma di quanto osservato nel progetto pilota.

STIMOLAZIONE COGNITIVA RITMICA

RECUPERO DELLA MEMORIA, DELLA MOTILITA' E DELLA VOCE ATTRAVERSO STIMOLI RITMICO-MUSICALI

Raffaella Gentile e Alessandra Marchese

Musicoterapiste - Consulenti Istituto Geriatrico Redaelli - Milano

Nel lavoro di ricerca sono stati selezionati 20 pazienti con diagnosi di *Malattia di Parkinson e sindrome dementigena di grado lieve moderato*, 12 maschi e 8 femmine, di età media 75,9 anni, e durata di malattia media 8 anni. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di 10 pazienti. Il primo gruppo è stato assegnato alla "*Rieducazione Cognitiva attraverso stimoli ritmico-musicali*" ed il secondo gruppo alla "*Conversazione non terapeutica né specialistica*" con un Operatore sanitario. Nessuno dei pazienti ha modificato la propria terapia farmacologica durante lo studio e tutti presentavano un quadro di deterioramento cognitivo di grado lieve - moderato (*MMSE tra 17-22*). I pazienti sono stati sottoposti alle seguenti scale di valutazione prima e dopo ogni seduta con Musica o Conversazione: 1) cinque Items dell'Italian PDQ-39; 2) la "Hospital Anxiety and Depression Scale" (*HADS*) (*Scala ospedaliera dell'ansia e della depressione*); 3) il Mini Mental State Examination (*MMSE, Folstein e col 1975*), che è un test ampiamente utilizzato nella pratica clinica della valutazione delle funzioni cognitive dei soggetti anziani. Il gruppo dei *pazienti trattati* si è sottoposto a due sedute settimanali, ognuna della durata di un'ora per complessive otto settimane. Il gruppo dei pazienti di controllo ha colloquiato con personale volontario presso una confortevole sala d'attesa di un ambulatorio neurologico. Le misurazioni con le scale MMSE e HADS sono state effettuate a TO e T8. Mentre le misurazioni con alcuni items della scala PDQ-39 sono state effettuate sia in condizioni basali (TO) che da TI fino a T8, ossia ad intervalli regolari settimanali per otto settimane, sia poco prima che subito dopo la seduta. I dati del nostro studio, sembrano indicare quanto segue. Per quanto riguarda l'*MMSE*, il nostro gruppo dei pazienti di controllo perde circa 1,5 punti all'*MMSE* in due mesi (*da 19,5 a 18*) mentre il gruppo trattato si mantiene costantemente sul valore di 20. Tale dato suggerisce che la *Rieducazione con la Musica* è in grado di rallentare la progressione dei deficit cognitivi nel paziente parkinsoniano con sindrome dementigena lieve-moderata. Analoga considerazione può essere fatta per l'ansia e la depressione. Infatti, i pazienti alla "Hospital Anxiety and Depression Scale" (*HADS*) passano da una situazione patologica (> 12) ad una condizione di normalità «10». I pazienti placebo, al contrario, addirittura peggiorano la condizione patologica iniziale (>12). Pertanto la Rieducazione Cognitiva con la Musica si configura come un trattamento efficace anche nel sedare l'ansia ed elevare il tono dell'umore. Per quanto riguarda il PDQ-39, nei soggetti sottoposti a placebo non sono emerse differenze significative nei punteggi della scala rilevati prima e dopo la seduta. Al contrario, nei pazienti trattati, compare una differenza già in TI dei valori pre- e post seduta. La

differenza aumenta progressivamente diventando massima in T6 per poi tendere a ridursi, pur rimanendo sempre significativa. Per concludere, nella riabilitazione del malato con sindrome dementigena, la Rieducazione Cognitiva con la Musica, è una nuova tecnica che può integrarsi con altre tecniche riabilitative.

CANTO TERAPIA CORALE

Santa Infantino

Musicoterapista - Centro Diurno Integrato ACLI Il Torpedone - Cinisello B. (MI)

I disturbi del linguaggio possono incidere negativamente sulla vita relazionale dei pazienti con malattia di Parkinson. Infatti, i disturbi fonarticolatori portano i malati a limitare le loro relazioni e a delegare ad altri lo svolgimento dei doveri quotidiani che richiedono l'uso della parola (*fare spesa, telefonare, ...*). Ciò può condurre a depressione, annullando i vantaggi del miglioramento motori o ottenuto con la sola terapia fisica. È stato dimostrato che la rieducazione della voce attraverso il canto individuale e corale è in grado di ottenere un miglioramento della *funzione respiratoria, fonatoria e articolatoria*. Poiché poco meno della metà dei pazienti con Parkinson può presentare anche una "*sindrome dementigena*" associata che si presenta con *deficit della memoria*, disturbi dell'*attenzione* e delle *funzioni esecutive*, nonché *depressione dell'umore*, abbiamo ideato una particolare forma di "*rieducazione cognitiva*" attraverso il *canto corale*. Tale tipo di rieducazione utilizza il *canale acustico* come via preferenziale di immagazzinamento delle informazioni. Il canto, nella nostra esperienza, si è dimostrato in grado di fornire uno stimolo delle *capacità cognitive*, sfruttando, nel contempo, le capacità *creative ed emozionali* della persona con Parkinson portatrice di *sindrome dementigena*. Al fine di dimostrare che il canto può costituire un'occasione di potenziamento mestico nel malato di Alzheimer, i ricercatori Prickett e Moore hanno ideato una serie di sedute basate sul richiamo di *canzoni familiari* e sulla *ripetizione di melodie* presentate ai pazienti per la prima volta. I risultati evinti dalla valutazione di una serie di *videotapes* deponevano per una *prestazionalità mnemonica* nettamente migliore per quanto riguarda il materiale *cantato* rispetto a quello *parlato*, suggerendo un approccio musicoterapeutico di supporto ai pazienti *portatori di demenza* che contempli l'utilizzo reiterato di *canzoni familiari* ai singoli soggetti. Secondo la nostra esperienza, il canto corale si è dimostrato in grado di agire sul *tono dell'umore* e di incidere sulle *motivazioni* del malato per aiutarlo nella sua vita di relazione. Infatti, il canto corale enfatizza la socializzazione, l'integrazione nell'ambiente, l'espressione dei sentimenti, la consapevolezza di sé. Non solo, con il canto corale è possibile ricostruire la "*biografia sonora*" di ogni paziente proponendo temi legati ad un particolare periodo della sua *vita passata*.

RITMO TERAPIA FISICA

Marcello Chiereghin

Operatore Musicale - Centro Diurno Integrato ACLI Il Torpedone - Cinisello B. (MI)

Abbiamo realizzato un progetto rieducativo per il malato di Parkinson utilizzando esercizi mirati associati al ritmo come prerequisito essenziale per promuovere la "decisionalità" motoria, per migliorare la capacità ad iniziare un movimento e per favorire la programmazione del gesto. In particolare, il nostro metodo, applica clinicamente alcune ricerche di neurofisiologia di base effettuate da Michael Thaut, del *Center for Neurorehabilitation Research della Colorado State University*, che ha effettuato interessanti studi sull'effetto della stimolazione ritmica uditiva sulle prestazioni motorie. Abbiamo selezionato 20 pazienti con diagnosi di Malattia di Parkinson idiopatica con stadio Hoehn e& Yahr da 2 a 3, di età media 65,9 anni e durata media di malattia 8 anni. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di 10 pazienti l'uno: il primo è stato assegnato alla Riabilitazione tradizionale (*senza ritmo*); il secondo alla Riabilitazione con ritmo (*Ritmoterapia fisica*). Ogni paziente prima del trattamento, a metà (sesta seduta) e alla fine dello stesso è stato sottoposto alle seguenti scale di valutazione: UPDRS; LSI (Life Satisfaction Life) e Time Walking Test (TWT: test di cammino a tempo). Per l'analisi statistica è stato utilizzato il Test t di Student e sono stati considerati significativi valori di $p < 0,05$ per un intervallo di confidenza del 95%. I dati del nostro studio indicano quanto segue. Per quanto riguarda l'UPDRS, entrambe le riabilitazioni (*con lo stimolo ritmico e senza*) consentono di migliorare il punteggio sia totale che parziale delle attività della vita quotidiana (IIADL) e motorio (III), senza differenze significative tra i due metodi. Dai risultati dell'Indice di Soddisfazione per la propria vita (LSI), si ritiene che nel corso del trattamento di Ritmoterapia fisica sul paziente agisca una componente "Iudica" che rende più piacevole la seduta. Ciò appare un fattore importante per i pazienti parkinsoniani nei quali l'umore depresso spesso conduce ad un impoverimento della vita di relazione. I risultati del Time Walking Test ci avvertono che il miglioramento dei pazienti non è stato solo in termini di velocità del cammino, ma anche a livello dei cambi direzionali e della resistenza. In particolare, la

Ritmoterapia fisica si è rivelata incisiva nel migliorare il controllo motorio nel cambio direzionale, che diventa più rapido e preciso con minori oscillazioni e sbandamenti soprattutto nei malati più compromessi. Non solo, il paziente può trarre beneficio da quanto appreso in palestra, anche nel corso della vita quotidiana solo "immaginando" mentalmente lo stimolo ritmico appreso. Infine, l'esperienza ritmica, per il suo "carattere sociale" è in grado di agire in modo efficace sul miglioramento della qualità di vita del malato.

SEDAZIONE OSTEOPATI

RE

TECNICHE MANUALI ANTALGICHE

Alessandro Mattavelli

Osteopata - Docente Istituto Superiore di Osteopatia - Università del Galles - (MI)

L' Osteopatia - *medicina manuale fondata nel 1874 dal medico-chirurgo americano A. T. Sti!!* - è una *medicina dolce* che permette di trattare pazienti di ogni età. La *British Medical Association (BMA)* descrive l' Osteopatia come "*una disciplina clinica a sé stante*" poiché utilizza un sistema consolidato di diagnosi clinica e di trattamento manuale in cui riveste particolare importanza un approccio attento al paziente e alle sue esigenze specifiche utilizzando, tuttavia, i mezzi diagnostici della Medicina tradizionale di cui conserva il carattere strettamente scientifico. Poiché l' Osteopatia si occupa in particolare dell' interrelazione esistente tra struttura anatomica e il modo in cui essa funziona, diviene, per il malato di Parkinson, una modalità terapeutica particolarmente indicata in presenza dei suoi numerosi disturbi a carico dell' *apparato neuromuscolo-scheletrico*. Poiché gli Osteopati utilizzano, inoltre, un'ampia varietà di approcci terapeutici al trattamento (*strutturale, fasciale, viscerale, cranio-sacrale*) essi sono per loro natura particolarmente adatti ad alleviare il dolore causato dalle molteplici problematiche legate alla malattia di Parkinson, in particolare se il paziente è anziano. L'Osteopatia, pertanto, ha il pregio di studiare l'individuo nel suo complesso e cerca l'origine della disfunzione avvalendosi di un approccio causale e non solo sintomatico che può portare ad un intervento terapeutico in aree diverse dalla localizzazione del sintomo allo scopo di ristabilire l'armonia, l'equilibrio e la mobilità dell'apparato di sostegno del corpo umano, l'apparato muscolo-scheletrico.

IL TRATTAMENTO OSTEOPATICO E IL DOLORE OSTEOMUSCOLARE NEI PAZIENTI AFFETTI DAL MORBO DI PARKINSON

Valentina Guidi

Laureanda in Osteopatia - Istituto Superiore di Osteopatia - Università del Galles - (MI)

PERCHE' TRATTARE IL DOLORE?

Molti pazienti lamentano sensazioni di fastidio o vero e proprio dolore sia di tipo continuo che di tipo crampiforme. Riconoscere e trattare il dolore in questi pazienti è necessario non solo per alleviare il sintomo in sé, ma proprio perché il dolore può causare una riduzione delle capacità motorie ed accentuare una diminuzione della motilità già presente. Inoltre, il dolore persistente e la riduzione della motilità possono causare l'insorgere di una condizione ansiogeno-depressiva e creare un "circolo vizioso" per cui entrambe le sintomatologie si alimentano vicendevolmente. L'Osteopata, pertanto, si prefigge lo scopo di ristabilire l'armonia, l'equilibrio e la mobilità dell'apparato muscolo-scheletrico, apparato di sostegno del corpo umano, interrompendo così l'influenza negativa del dolore fisico sulla sfera emotiva.

IL PUNTO DI VISTA OSTEOPATICO ...

Dal punto di vista della medicina osteopatica, la sintomatologia legata ai disordini muscolo-scheletrici nasce, in parte da un corollario di sintomi che si è instaurato in seguito al processo patologico, e, in parte da un ciclo doloroso riflesso instaurato si attraverso lo spasmo e la contrattura muscolare. L'aumentata tensione muscolare, la brevità dei tendini, delle fasce e dei muscoli stessi restringe il grado d'ampiezza delle articolazioni influenzando, così, la quantità e/o la qualità dei movimenti (forza e flessibilità muscolare) e la stabilità posturale. Infine, la tensione miofasciale porta alla riduzione della diffusione del nutrimento cellulare, alla mancata rimozione dei cataboliti prodotti, alla riduzione dell'apporto di sangue e linfa nei tessuti muscolari, determinando l'insorgere del dolore e dell'eventuale sensazione, crampiforme avvertita dal soggetto malato.

IL TRATTAMENTO OSTEOPATICO

L'Osteopata cerca l'origine della disfunzione avvalendosi di un approccio causale e non solo sintomatico che può portarlo ad individuare e trattare aree diverse dalla localizzazione del sintomo. Il malato di Parkinson

sviluppa un'ipomobilità del passaggio lombo-sacrale e del tratto rachideo dorsale che aggrava l'atteggiamento posturale in flessione. La trazione fasciale operata dal diaframma sulle strutture contigue peggiora la qualità della fonazione.

IL TRATTAMENTO OSTEOPATICO E LA QUALITÀ DELLA VITA

Il miglioramento della sintomatologia dolorosa e il riequilibrio della postura attraverso il trattamento osteopatico, permettono al malato di rivalutare le proprie capacità motorie e di esprimere così la volontà di migliorare la propria condizione non lasciandosi sopraffare dall'evolversi della malattia. Questa presa di coscienza ha, quindi, riscontri anche nel miglioramento della condizione depressivo-ansiosa che affligge il malato, permettendo allo stesso soggetto un approccio più consapevole alla terapia farmacologica e una tendenza all'apertura verso il mondo che lo circonda.

L'Esperienza del Gruppo Sinergia Medica -Arco di Trento

PEDANA STABILOMETRICA POSTURALE

Ornar Baccini

Tecnico Posturometrista

LA POSTURA: CONCETTI DI BASE

Bernard Brocot, celebre posturologo, afferma che una persona priva di dolori, presenta una postura corretta ... Da questa breve affermazione si inizia la relazione dedicata all'assetto posturale in ortostatismo abituale, cioè nella posizione eretta. Quando parliamo di postura, intendiamo una posizione di riferimento:

La postura è la posizione che il corpo assume per rimanere in piedi, in equilibrio, su di una base di appoggio, con la ripartizione del peso divisa equamente sugli arti inferiori, lo sguardo fisso all'orizzonte, il centro di gravità che cade tra i due piedi su di una linea immaginaria che collega i due malleoli media li. Il mantenimento della postura deve avvenire con un dispendio energetico minimo, ed è regolato dai recettori posturali, in stretta relazione con i centri superiori dell'encefalo e con la corteccia cerebrale.

Una postura corretta è sinonimo di una corretta fisiologia muscolare, fasciale, scheletrica, vascolare, linfatica, emotiva, neurologica. Il corpo è un insieme di strutture ed organi i quali sono in stretta interdipendenza, cosicché, in caso di alterazione strutturale/funzionale di uno di essi, anche gli altri ne saranno immancabilmente coinvolti. I muscoli vengono definiti "*organi effettori*", cioè sono il mezzo attraverso il quale il SNC coordina i movimenti ed il mantenimento della postura, sia in statica sia in dinamica. In una postura corretta, i muscoli deputati al suo mantenimento, lavorano al "minimo indispensabile", in modo simmetrico, instancabili. Se ad esempio l'appoggio di un piede al suolo presenta una divergenza dall'appoggio ritenuto idoneo, si avranno una serie di "aggiustamenti" in ogni settore corporeo. Un piede valgo (pronato) ad esempio, sarà seguito da intrarotazione di tibia e femore, valgismo del ginocchio, testa del femore in posizione non corretta nella sua sede iliaca, antiversione del bacino, aumento delle fisiologiche curvature vertebrali, inclinazione laterale di bacino, spalle e testa, deviazione mandibolare ... Questo solo per citare alcuni adattamenti della struttura scheletrica. Ma a seguito di scorretta posizione della struttura scheletrica, le articolazioni saranno sottoposte a carichi differiti, non correttamente distribuiti, cosicché in alcuni punti si riscontreranno zone con pressioni maggiori. In queste condizioni l'usura articolare è praticamente scontata, e nel tempo la problematica conseguente sarà l'*artrosi articolare*. Ma altre strutture saranno sottoposte a "stress" continuo: la muscolatura ed il sistema fasciale ad esempio. Se la colonna vertebrale non mantiene il suo corretto allineamento, una parte della muscolatura sarà sottoposta a lavoro continuo. Proprio questo stato continuo di tensione muscolare, è la causa molto spesso di dolori diffusi specialmente a gambe, zona lombare e cervicale, testa. I muscoli sono avvolti da un tessuto molto importante: le fasce muscolari. Il sistema fasciale è un potente "collante" che unisce tutte le componenti corporee, si salda tenacemente alla struttura scheletrica, penetrando fino all'interno di ogni cellula. Le fasce avvolgono praticamente ogni organo del corpo. Le fasce avvolgono anche gli organi importanti al mantenimento dell'omeostasi generale, come ad esempio i reni. Il rene, non è immobile, ma si muove all'interno del suo spazio, "percorrendo" circa 600 metri al giorno. Questo movimento è indispensabile per la sua funzione, ma una tensione fasciale rallenta il suo percorso, con la conseguenza di una compromissione funzionale. E ciò succede anche agli altri organi. Un'alterazione posturale è inevitabilmente seguita da una alterazione delle fasce, quindi una alterazione del loro lavoro. Un valgismo di un piede quindi, può portare a dolori della testa, come a problematiche viscerali, proprio per il tramite del sistema fasciale. Infine, anche diverse alterazioni dell'apparato stomatognatico e cervicale sono causate da una "richiesta di compensi". I denti dovranno trovare un aggiustamento loro congeniale per rimanere in "equilibrio" con il sistema globale,

come il rachide cervicale, qualora vi sia una richiesta in tal senso proveniente dal basso. La postura è un argomento delicato e merita molta attenzione. Non è semplice individuare la causa o le cause che interferiscono con il normale assetto posturale, e questo lavoro è affidato al posturologo. Pertanto, una postura bene articolata è il punto di arrivo per chi si occupa di riabilitazioni fisiche, onde evitare dolori e disfunzioni nel sistema uomo.

STUDIO STABILOMETRICO NELLA MALATTIA DI PARKINSON

La postura nel malato di Parkinson è condizionata da una prevalenza ipertonica dei muscoli flessori, posizione che viene definita *camptocormica*. L'atteggiamento generale quindi è in flessione, e la flessione articolare si manifesta precocemente a livello del gomito per ipertonia del muscolo bicipite brachiale. Nel progredire della malattia, la flessione interessa testa e tronco i quali assumono un piegamento anteriore. Gli arti inferiori sono sostanzialmente risparmiati per quanto concerne la flessione, ma presentano un irrigidimento muscolare il quale fa sì che il malato di Parkinson si muova durante la deambulazione, in un blocco unico, senza scioltezza né flessibilità. Proprio la mancanza di controllo muscolare efficace, rende la stazione eretta instabile. E' sufficiente infatti una piccola spinta o il raddrizzamento della testa per provocare una retropulsione, e le cadute sono frequenti. I pazienti lamentano spesso di dolori diffusi causati dalla muscolatura sottoposta a lavoro incessante. Ma durante lo studio effettuato su un campione di pazienti malati di Parkinson, si è visto che a seguito di trattamento osteopatico, gli stessi hanno dimostrato un controllo decisamente migliore nel mantenimento della posizione eretta. Le misurazioni posturali, sono state eseguite mediante uno strumento, la pedana stabilometrica. La pedana è uno strumento che misura la posizione media del centro di gravità del soggetto, e gli spostamenti che esso compie attorno a tale posizione (indice di Rombreg). Essa consiste in due piattaforme di carbonio, separate tra loro, posizionate sul pavimento, le quali appoggiano al suolo su tre sensori, o "cellule di carico", situate secondo i principi della fisiologia articolare: uno sul tallone, uno sul primo metatarso ed uno sul quinto metatarso. Le informazioni raccolte dai sensori vengono inviate ed elaborate al computer, il quale le rende visibili sul monitor sotto forma di grafici e dati.

METODOLOGIA DI RICERCA

Gli esami posturali sono stati eseguiti su un campione di malati di Parkinson, ambo sessi, di età compresa tra i 50 ed i 60 anni. I pazienti sono stati sottoposti ad esame posturale iniziale mediante pedana stabilometrica, ad un ciclo di 4 trattamenti di osteopatia (uno per settimana) per il ripristino generale della struttura, e ad un esame finale identico a quello iniziale. I pazienti sono stati posizionati sulla pedana secondo i canoni di riferimento specifici, con i piedi divaricati di 30°, la posizione posturale "di riferimento", lo sguardo "all'orizzonte", senza eseguire nessun movimento e nella massima tranquillità possibile. Ogni esame è durato 51,2 secondi.

I test eseguiti sono stati:

- test posizione di base con bocca a riposo (denti non in contatto)
- test con occhi chiusi e bocca a riposo
- test con trazione posteriore effettuata da un operatore.

Al termine della ricerca, sono stati comparati i dati degli esami iniziali e finali. I risultati incoraggiano gli operatori a seguire la strada intrapresa.

RISULTATI

E' migliorata la distribuzione del carico, prima prevalente a sx. Si è passati da -3,82 a 1,30, quando il valore di riferimento è leggermente maggiore di zero, nei soggetti destrimani. E' migliorata la stabilità nella stazione eretta, sia nella posizione ferma che a seguito di trazione posteriore. Si è passati infatti da 186 allo 0 mmq da fermi, e da 461 a 271 mmq, a seguito di trazione posteriore. Valori di riferimento da 50 a 100 mmq (Gagey). E' migliorata la velocità con la quale i pazienti rispondono allo stimolo per il mantenimento della postura eretta. L'esame eseguito quantifica gli "scatti" con i quali il paziente mantiene la stazione eretta. Nella posizione di riferimento (PdR), sono passati da 74 a 45 millisecondi. In pratica hanno ridotto l'instabilità rispondendo con una velocità meno impulsiva, più controllata. A seguito di trazione posteriore i valori sono scesi da 771 a 193. Valore di riferimento: da 8 a 15. E' migliorata infine la velocità generale nel mantenimento della stazione eretta: valori di riferimento da 5 a 8 millisecondi. Nella PdR, valori scesi da 9,65 a 8,21. A seguito di trazione posteriore, valori scesi da 19,5 a 11,8. Ma è migliorata in generale la sensazione di benessere del paziente. I dolori sono sostanzialmente diminuiti, la scioltezza è diversa, alcuni di loro affermano di aver ripreso il sonno nella posizione supina, persa da anni. A seguito di trattamento osteopatico, alcuni hanno ridotto l'assunzione farmacologica in quanto riferivano: "*stavo bene*".

Per terminare, desidero riportare una frase tratta da un libro di neurologia.

"La riabilitazione fisica nel malato di Parkinson ha acquistato una grande importanza come complemento della terapia dopaminergica: rimuovendo l'inibizione, la terapia comporta un risveglio generale che è importante

mettere in profitto. La terapia fisica deve iscriversi in un insieme di procedimenti volti a mantenere l'autonomia del paziente o a fargliela recuperare. Per tutto il tempo che sarà possibile, il paziente dovrà sforzarsi di mantenere l'attività professionale e la vita sociale. Quando l'invalidità è più grave, l'esercizio fisico accuratamente controllato permette spesso di ottenere la ripresa di un'autonomia apprezzabile. Per ottenere questo risultato è necessaria l'insistenza senza sosta da parte del medico e ancor più dei familiari. »

ALIMENTI E RIMEDI NATURALI

Maurizio Rigo

Medico Chirurgo - Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Mi occupo, da molto tempo, di discipline mediche non riconosciute dalla Stato italiano, ma utilizzate da milioni di cittadini; in particolare omeopatia, omotossicologia, dietologia. La mia esperienza riguardo al Parkinson è limitata ai pochi pazienti che ne sono affetti tra i miei assistiti. Le prospettive aperte da un approccio diverso sono tuttavia interessanti e possibile fonte di un aiuto sinergico. Lo stato carenziale di neurotrasmettitori rende indispensabile, ovviamente, l'utilizzo nel Parkinson dei farmaci chimici in uso. La malattia di Parkinson può considerarsi derivare dall'incontro di fattori genetici predisponenti e fattori "ambientali". Si può supporre che le tossine ambientali interagiscano a livello di vari meccanismi biochimici cellulari, innescando processi via via sempre più radicati e bloccanti i normali processi cellulari. A tale proposito l'omotossicologia riconosce molteplici situazioni di sofferenza cellulare indotta da cosiddetti "tossoni" e utilizza rimedi, prodotti secondo i principi omeopatici, atti a ripristinare le funzioni alterate. Laddove è possibile un recupero funzionale c'è possibilità di intervenire con speranza di successo. Nel Parkinson è ipotizzabile un recupero del metabolismo cellulare a livello dei vari tessuti coinvolti. Tra le "tossine" in gioco ha una notevole importanza la dieta. Il cibo, infatti, non procura danni soltanto per errori di quantità o calorici o di equilibrio tra i nutrienti, ma anche per il tipo o la natura del cibo stesso. La compatibilità dei vari alimenti col nostro organismo dipende grandemente dal gruppo sanguigno di appartenenza e una dieta concepita con questo criterio è la miglior "base vitale" su cui costruire la nostra buona salute. Su queste considerazioni generali è utile avviare un approfondimento nello specifico caso del Parkinson tra tutti coloro che sono curiosi del sapere e della conoscenza basati sull'esperienza senza pregiudizi.

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO NELLA MALATTIA DI PARKINSON Anna

Maria Salerno

Logopedista

La fonazione e il linguaggio formano la base dell'attributo più specifico dell'essere umano, la capacità di comunicare verbalmente con gli altri. La fonazione è l'articolazione dei simboli linguistici attraverso l'apparato vocale, mentre il linguaggio è la manipolazione dei simboli diretta alla comprensione e alla produzione della comunicazione. I disturbi motori della fonazione colpiscono solo gli aspetti articolatori dell'eloquio, non il linguaggio. La comprensione e l'elaborazione dell'informazione parlata e scritta rimangono integre, e i pazienti con gravi disturbi motori della fonazione possono comunicare normalmente mediante la scrittura o forme di comunicazione alternative. La difficoltà di eloquio insorge in circa la metà dei pazienti affetti dalla malattia di Parkinson, mentre l'altra metà anche dopo molti anni dall'esordio della malattia, può non incontrare tali problemi. Anche la deglutizione può essere compromessa nella malattia di Parkinson, ma non è necessariamente associata alla compromissione dell'eloquio. Parlare è un'attività motori a che implica dei meccanismi altamente specializzati di alcuni muscoli ed in particolare di quelli che controllano la respirazione, la fonazione, l'articolazione e la prosodia.

Nella malattia di Parkinson i disturbi dell'eloquio possono essere frequenti e si possono manifestare con:

- indebolimento del volume della voce;
- affievolimento della voce;
- voce monotona;
- cambiamento della qualità della voce;
- involontaria esitazione prima di parlare;
- articolazione indistinta;
- modo veloce di parlare;
- ripetizioni incontrollate.

Anche le difficoltà ad ingerire il cibo o a deglutire la saliva, che talvolta si verificano nella malattia di Parkinson, sono da attribuire ad un cattivo funzionamento e coordinazione dei muscoli addetti a queste funzioni. In alcuni casi, questi disturbi possono arrivare a limitare la quotidianità del paziente, costringendolo a rinunciare ad una vita sociale piena, il rischio maggiore è l'isolamento e la perdita di interessi per attività prima svolte comunemente (come incontrare gli amici o uscire a pranzo in compagnia) per il senso di frustrazione che deriva dalla difficoltà di comunicare e farsi comprendere dagli altri. La terapia logopedica, in questi casi, può aiutare notevolmente. Il trattamento dei disturbi dell'eloquio prevede esercizi orali per aumentare la precisione, la gamma e la coordinazione dei movimenti:

- esercizi per aumentare il tono della voce;
- esercizi respiratori;
- esercizi posturali;
- esercizi per migliorare l'intonazione e l'enfasi del discorso;
- esercizi per migliorare i movimenti della lingua e delle mascelle;
- esercizi per migliorare l'espressione facciale.

Una terapia del linguaggio iniziata per tempo, può rallentare la progressione dei disturbi, ed inoltre, molti studi indicano che i pazienti che eseguono esercizi di logopedia presentano un miglioramento del linguaggio, che risulta più comprensibile, e tali benefici sembrano durare per almeno 3 - 6 mesi dalla fine della terapia.

ESERCIZI DI RIEDUCAZIONE MOTORIA *Lidia*

Goniero

Terapista della Riabilitazione

L'intervento di riabilitazione del paziente affetto da morbo di Parkinson avviene dopo la valutazione effettuata dal fisiatra, al seguito della quale si elabora un piano di trattamento in base allo stato di gravità della patologia e della sua forma clinica. La rieducazione neuromotoria deve essere consigliata sin dai primi sintomi motori e deve essere adeguata alle possibilità motori e individuali e per ogni fase di progressione della patologia dato che il peggioramento del quadro neuromotorio è inevitabile ed inesorabile. Gli obiettivi del riabilitatore sono quelli di prevenire posture e schemi motori scorretti, mantenere quanto è stato ottenuto e migliorare, ove è possibile, il quadro motorio minimizzando gli effetti della patologia e promuovendo una maggiore efficienza delle potenzialità residue. Più precoce sarà il trattamento e migliore sarà il risultato ottenibile, poiché la memoria degli schemi motori normali è ancora conservata, altrimenti subentra lo schema motorio patologico. La rieducazione neuromotoria può essere *individuale* o *di gruppo* e le due modalità possono essere intercalate. La rieducazione neuromotoria individuale costituisce il trattamento di elezione va ripetuta ciclicamente e si fonda su momenti di mobilitazione passiva e momenti di kinesi attiva assistita. Il trattamento individuale consente al terapeuta di :

trattare il paziente nel suo momento migliore

equilibrare il livello di difficoltà dell'esercizio in base al potenziale del paziente

ripetere gli esercizi atti a migliorare la funzione nella quale il paziente ha maggiori difficoltà

richiedere una prestazione di impegno crescente ma mai irraggiungibile

intercalare esercizi semplici che rassicurano il paziente con altri più complessi che possono causare frustrazione

incoraggiare il paziente spiegandogli che solo attraverso l'allenamento si raggiungono risultati soddisfacenti

insistere perché il paziente utilizzi sempre pienamente il potenziale motorio posseduto.

Non bisogna inoltre negare le difficoltà motorie esistenti ma valorizzare ed incoraggiare l'utilizzo delle capacità residue.

La rieducazione neuromotoria individuale si effettua:

Allettino per quel che riguarda gli esercizi di rilassamento e respirazione; la mobilitazione passiva e quella attiva assistita; gli esercizi di tonificazione muscolare e di coordinazione.

In posizione seduta soprattutto per gli esercizi di mimica facciale e di motilità fine delle mani ed esercizi per l'abilità nella funzione di alzarsi-sedersi.

A tappeto per i passaggi posturali e di svincolo dei cingoli.

In stazione eretta mirati al recupero o al mantenimento dei normali meccanismi posturali e deambulatori con l'ausilio di percorsi, delle scale e dell'asse di equilibrio.

La rieducazione neuromotoria di gruppo è importante anche ai fini psicologici poiché permette al paziente di confrontarsi con gli altri componenti del gruppo.

I gruppi devono avere un'omogeneità per quel che riguarda il potenziale motorio, l'età e la capacità intellettuale dei pazienti. Il numero ideale di partecipanti è di 4 o 5 per consentire al terapeuta un adeguato controllo della modalità di esecuzione dell'esercizio.

La rieducazione neuromotoria di gruppo si effettua.

A taooeto con esercizi di riscaldamento; di allungamento; di svincolo dei cingoli; di mobilitazione e coordinazione; di equilibrio e con ausili quali palle, bastoni, fasce.

V orrei concludere il mio intervento sottolineando i vantaggi, ove sia possibile, del lavoro di equipe inteso come gruppo di lavoro e non solo come somma delle sue parti in quanto permette di dialogare con figure professionali complementari alla propria evitando da una parte l'isolamento che può condurre ad una frammentazione dell'intervento terapeutico e dall'altra alla figura di un terapeuta tuttologo che manca di confronti e di stimoli.

L'Esperienza dell'Associazione Parkinson Trento

GRUPPI DI AUTO-MUTUO AIUTO

Cesare De Monti

Psicologo Psicoterapeuta

Da un anno circa i Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto del Trentino si avvalgono della mia consulenza professionale per migliorare l'efficacia del loro lavoro. Si utilizza un MODELLO INTEGRATO della dinamica di gruppo per il miglioramento della qualità di vita della persona con Parkinson, basandosi sempre sulla COMPETENZA ESPERIENZIALE dei partecipanti, coadiuvata dalla COMPETENZA PROFESSIONALE del Trainer come F ACILIT A TORE della comunicazione. Così non si snatura la fisionomia dei gruppi "Selfhelp" che restano AUTOCENTRATI e basati sull'esperienza dei partecipanti, solo si arricchiscono della professionalità del Conduttore nella veste di facilitatore della comunicazione e garante della validità degli interventi per essere davvero di AIUTO alla convivenza con la malattia invalidante, curabile ma -ancora - non guaribile. Si espongono quindi alcuni principi della DINAMICA DI GRUPPO agli effetti di un proficuo CAMBIAMENTO per il miglioramento della qualità di vita dei partecipanti.

IL CANTO LIEVE DELLA VOCE ARMONICA CON I MALATI DI P ARKINSON

Emanuela Bungaro

Dottoressa in Musica - Foneopata

Il progetto dei corsi di Biovoce, per gruppi di malati di Parkinson, nasce nell'anno 2003 grazie alla collaborazione tra l'Associazione Ponte Armonico e l'Associazione Parkinson di Trento. Attualmente i corsi, tenuti dalla Dott.ssa in Musica Emanuela Bungaro e da Isabella Bungaro, si svolgono a Trento e Rovereto, con la prospettiva di aprire un nuovo momento dall'incontro armonico anche a Borgo Valsugana, grazie alla collaborazione della Scuola Musicale "Suono Immagine Movimento". Il percorso si svolge con incontri a cadenza settimanale, della durata di due ore, costituito da un momento pratico ed un momento di parola. Gli obiettivi del corso sono: il rilassamento, la meditazione con il suono armonico, l'acquisizione della tecnica di emissione armonica, l'improvvisazione vocale e la polifonia vocale intuitiva. Attraverso il canto libero sgorgano le emozioni che il gruppo accoglie con amore e rispetto. La condivisione dei momenti gioiosi o tristi, permette ai partecipanti di confrontarsi a cuore aperto. L'improvvisazione vocale legata alla visualizzazione e la meditazione musicale guidata, permettono di costruire un pensiero positivo verso se stessi, gli altri e verso la VITA. Le tematiche affrontate sono rivolte all'accettazione della malattia, alla relazione con la propria famiglia, all'autostima, all'introspezione emotiva. Al termine delle due ore di condivisione, i partecipanti si mostrano più sereni e consapevoli che c'è SEMPRE un lavoro da compiere per conoscere da vicino la propria anima.

Si ringrazia il Comune di l~loeIla per /1 preziosa collaborazione e per /0 gentile o.'lpita!ità.

Arrivederci a ... "D%miti Parkinsoll" 20071