

Koordinationsdynamik-Therapie (Teil III)

Autor(en): **Schalow, Giselher / Zäch, Guido A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **35 (1999)**

Heft 5

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929384>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Koordinationsdynamik- Therapie (Teil III)

Giselher Schalow, Neurologie und Rehabilitation, Universitätsspital Tampere, Finnland,
und Guido A. Zäch, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Klinikdirektor, 6207 Nottwil

Aufgrund dreier neuer Entwicklungen auf dem Gebiet der Neurowissenschaften, nämlich (I) der Selbstorganisation neuronaler Netzwerke [1–4], (II) der Rhythmizität und der koordinierten Rhythmuskopplung [5–12] und (III) der Regeneration einschliesslich Neurogenese [13–16], können bei Patienten mit Verletzungen des zentralen Nervensystems (ZNS) die lebensnotwendigen Funktionen des somatischen und autonomen Nervensystems entscheidend verbessert werden.

Einleitung und Grundlagen

1. Neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der Neurowissenschaften als Basis für die Neurorehabilitation

I. Das neue Verständnis von der Funktionsweise des menschlichen Nervensystems, nämlich dass sich die neuronalen Netzwerke des ZNS aufgrund des afferenten Inputs selbst organisieren [1–4, 9 (Abb. 19)] und dass diese Selbstorganisation veränderbar ist, hat direkte klinische Konsequenz. Aus der Veränderbarkeit der Selbstorganisation folgt, dass nach Verletzung von einer viel grösseren Plastizität des ZNS ausgegangen werden kann, als bisher angenommen wurde. Der Paradigmenwechsel im Verständnis der Organisation des ZNS von einer mehr festen Verschaltung der Neurone hin zur Selbstorganisation der neuronalen Netzwerke hat direkte Konsequenz bei der Neurorehabilitation.

II. Es ist im menschlichen Nervensystem gemessen worden, dass Motoneurone, aktiviert durch die Impulsmuster des afferenten Inputs aus der Peripherie und/oder der deszendierenden Bahnen, bei hoher Erregung rhythmisch feuern. Es ist weiterhin gemessen worden, dass die Motoneurone, die wahrscheinlich ein Teil von prämotorischen rhythmisch schwingenden neuronalen Teilnetzwerken sind (prämotorische Oszillatoren), nach ZNS-Verletzung weniger rhythmisch feuern [17] und dass die Phasenrelationen der Rhythmuskopplungen dieser prämotorischen Oszillatoren an Spezifität verlieren [5]. Therapien im

Sinne eines Rhythmus-Trainings sollten daher die rhythmischen Eigenschaften von prämotorischen Oszillatoren, einschliesslich der gegenseitigen Kopplungen untereinander, verbessern und das verletzte ZNS in der Funktionsweise derart verändern, dass im ZNS wieder physiologische Bewegungen erzeugt werden und autonome und höhere mentale Funktionen verbessert werden [7, 8]. Um selbstorganisierenden Untereinheiten von neuronalen Netzwerken, welche sich durch die Verletzung pathologisch organisieren, wieder zum spezifischen kooperativen und kompetitiven Koppeln zu veranlassen, muss eine Koordinationsdynamik-Therapie [9, 10] möglichst integrativ durchgeführt werden. Eine Oszillatorformations- und Koordinationsdynamik-Therapie unter Einschluss des Trainings des Gleichgewichtes sollte ein verletztes ZNS in seiner Funktion entscheidend verbessern können, so dass beim Patienten wieder physiologische somatische, autonome und mentale Funktionen erzielt werden.

III. Es wurde gezeigt, dass beim verletzten ZNS von Tier und Mensch verschiedene regenerative Prozesse, einschliesslich der Neubildung von Nervenzellen (Neurogenese), ablaufen. Es ist anzunehmen, dass phylogenetisch ältere Hirnstrukturen wie das Rückenmark, der Hirnstamm und das limbische System am stärksten spontanen Reparaturmechanismen unterliegen. Nachgewiesen wurde eine Neurogenese beim Menschen im Gyrus dentatus (Hippocampus) [14]. Dort wurde die Neurogenese von Nervenzellen auch beim Erwachsenen nachgewiesen. Aber

Nervenzellen können auch wandern, und Neurite (Axone, Dendriten) können grosse Distanzen überwinden, so dass von der Lage einer neugebildeten Nervenzelle nicht unbedingt auf seine Funktion geschlossen werden kann.

2. Aus der Theorie abgeleitete Methoden, die den Fortschritt in der Neurorehabilitation ermöglichen

Die Methoden beinhalten (I) Rhythmustherapie (beispielsweise Springen auf dem Sprungbrett), (II) Koordinationsdynamiktherapie (beispielsweise «Air walking» im Strider), (III) die Nutzung von möglichst integrativen Automatismen des ZNS (beispielsweise Rennen), welche hauptsächlich in den neuronalen Netzwerken des Rückenmarkes lokalisiert sind, (IV) die Motivation, das instruierte motorische Lernen und die interpersonelle Koordination und (V) die Nutzung von alteingelernten Bewegungsmustern (beispielsweise Treppensteigen).

I. Eine *Rhythmustherapie* ist sinnvoll, weil sich nach ZNS-Verletzung die Rhythmizität der prämotorischen Oszillatoren und die Spezifität der relativen Kopplung (Phasenbeziehungen zwischen den Oszillatoren) zwischen den Oszillatoren stark verschlechtert haben. Das Organisationsprinzip des ZNS, nämlich spezifische Rhythmizität und wechselnde Rhythmuskopplungen zur Erzeugung von Automatismen (und nicht automatischen Bewegungen), muss restauriert werden.

II. Während der *Koordinationsdynamik-Therapie* «wechselwirken» mikroskopisch und makroskopisch die rhythmisch feuernenden neuronalen Teilnetzwerke relativ koordiniert miteinander. Die relative Koordination wird auf Millisekunden genau durch proprio- und exterozeptiven koordinierten afferenten Input erzeugt, welcher durch die Therapiegeräte induziert wird. Die koordinierten integrativen Funktionen des ZNS sind durch die Verletzung teilweise verloren gegangen und müssen durch die Koordinationsdynamik-Therapie wieder erlernt werden. Hemiparetiker bewegen zum Beispiel auf der paretischen Seite nicht den Arm mit beim Gehen oder Rennen. Statt dessen geht der Arm in eine spastische Stellung. Ein Spezialfall der Koordinationsdynamik, nämlich die Rechts-Links-Koordination, kann bei der Mitbewegung eines «schlechten» Beines durch das «gute» Bein beim Schwimmen eindrucksvoll beobachtet werden (Abb. 35).

Obwohl sich Rhythmuskopplung und Koordinationsdynamik inhaltlich teilweise überdecken, so sind doch beide Begriffe nicht identisch. Bei einer schweren Hirnverletzung können beispielsweise mehrere Areale des ZNS relativ physiologisch arbeiten, aber die koordinierten Funktionen der Gesamtheit können verloren gegangen sein,



Jetzt sparen Sie Geld, Zeit und Nerven.

Früher war es noch ein bisschen einfacher, eine Physio-Praxis zu managen. Da reichten ein Patient, ein blockiertes Ilioskralgelenk und zwei, drei gezielte Handgriffe. Heute ist alles ein bisschen komplizierter: die Buchhaltung, das Ausstellen und Verschicken der Rechnungen, das Treuhandwesen und die ganze Geschichte mit dem Mahnen und Betreiben, wenn die Patienten mal säumig sind, ganz zu schweigen vom Inkasso. Zugegeben, die moderne Praxisadministration braucht viel Zeit und noch mehr Nerven. Und wer hat das heute schon? Zum Beispiel wir.



so dass sich die Summe der Teile des ZNS sich etwa so verhalten, als wenn das ZNS auf einer niederen Entwicklungsstufe arbeiten würde.

III. *Integrative Automatismen*, wie beispielsweise das Gehen und Rennen, sind hauptsächlich im Rückenmark angelegt und können genutzt werden, um supraspinalen neuronalen Netzwerken «mitzuteilen», welche Funktionen sie wieder zu erlernen oder zu erbringen haben in der «Gemeinschaftsaufgabe Netzwerkorganisation mit physiologischem Output». Ein neugeborenes Kind kann bereits automatisch schreiten [8 (Abb. 13A)]. Der Schreitautomatismus wird im wesentlichen vom afferenten Input der Füße ausgelöst und organisiert sich in den neuronalen Netzwerken des Rückenmarkes. Anenzepale Neugeborene können ebenfalls automatisch Schreiten [18].

Bobath [19] und andere Therapeuten nutzten Automatismen und Reflexe, um das ZNS nach Verletzung zu reorganisieren. Das Rennen nimmt aber eine Sonderstellung ein. Einerseits wird es von einer sehr integrativen neuronalen Netzwerkorganisation erzeugt. Es schliesst unter anderem die Bewegung von Armen und Beinen ein und aktiviert Rumpfstabilität und Atmung. Alle Muskelaktivierungen sind koordiniert und rhythmisch. Andererseits ist der Schreitautomatismus schon vor der Geburt genetisch im ZNS angelegt, wird beim täglichen Gehen in abgewandelter Form benutzt und gilt auf Lebenszeit im Rennen als Fluchtautomatismus. Löst man bei Erwachsenen an sensibilisierten Druckpunkten rhythmische Bewegungen aus, so müssen die rhythmischen Körperbewegungen bei der Reorganisation des ZNS nicht förderlich sein, denn die rhythmischen Bewegungen müssen auch auf das Erlernen von physiologischen Bewegungen gerichtet sein. Das ZNS muss instruiert werden, wie es sich umzuorganisieren hat. Als «adaptive Maschine» ist das ZNS im guten wie im schlechten Sinne veränderbar.

Bei einer Reorganisation des ZNS ist es von entscheidender Wichtigkeit, mit welcher Effizienz das ZNS reorganisiert wird, damit eine Verbesserung der Funktionen des ZNS in absehbarer Zeit erreicht werden kann, denn das motorische Lernen und die Reorganisation benötigen viel Zeit, ähnlich dem Lernen in der Schule. In erster Näherung ist die Effizienz der Umorganisation des ZNS proportional der Anzahl der Bewegungen oder Muskelaktivierungen pro Therapiezeit!

IV. *Motivation, instruiertes motorisches Lernen und interpersonelle Koordination.*

a. Der Patient muss fortdauernd in seiner Motivation gestärkt werden, damit er intensiv und ausdauernd trainiert. Die Möglichkeit zur Motivation ist oft gut, weil der Patient durch die ZNS-

Schädigung besonders «anlehungsbedürftig» ist. Trotzdem bleibt die Motivation des Patienten zum motorischen Lernen ein grosses Problem, speziell wenn die Patienten durch die ZNS-Schädigung antriebsgemindert sind.

b. Der Patient braucht die Therapeutin für das instruierende motorische Lernen. Bei den rhythmischen Bewegungen werden schwach ausgeführte Bewegungen in der Ausführung und Stärke durch rhythmische Befehle verbessert, welche zu den Bewegungen koordiniert sein müssen. Das selbstinstruierende Lernen scheint genauso wirksam zu sein. Der Patient gibt dabei seinen Körperteilen selbst die Befehle zur Ausführung der Bewegungen, welche er mit der willentlichen Ausführung koordinieren muss.

c. Der Patient braucht die Therapeutin für die interpersonelle Koordination [20], um ein Vorbild für den richtigen Bewegungsablauf zu haben. Die interpersonelle Koordination zwischen Patient und Therapeutin findet auf niederer Organisationsstufe des ZNS statt und bedarf daher keiner besonderen Konzentration durch den Patienten. Nur die Therapeutin muss im Blickwinkel des Patienten sein, und der Patient muss die Therapeutin hören und/oder fühlen können.

d. Der Patient bekommt gefühlsmässige Hilfe, um mit dem geschädigten ZNS zurechtzukommen. Das schlechte Funktionieren des ZNS bereitet dem Patienten Angst.

V. *Alteingelernte Bewegungsmuster*, die integrativ auf niederer Organisationsstufe des ZNS gespeichert sind, sind bei einer lokalen traumatischen Schädigung wahrscheinlich auch nur wenig geschädigt. Das Training von solchen alteingelernten Bewegungsmustern sollte hilfreich sein, den verletzten ZNS-Teilen zu «sagen», was sie wieder zu erlernen haben. Ein tetraparetischer Patient nach zervikaler Rückenmarkverletzung konnte aufgrund seiner Verletzung kaum den Tennisschläger halten, aber wenn er den Ball traf, dann erreichte der Ball auch das gewünschte Ziel. Eine vergleichbare Qualität könnte er nach der Verletzung als Anfänger beim Tennis spielen nur schwerlich erreichen.

Erklärung der Koordinationsdynamik

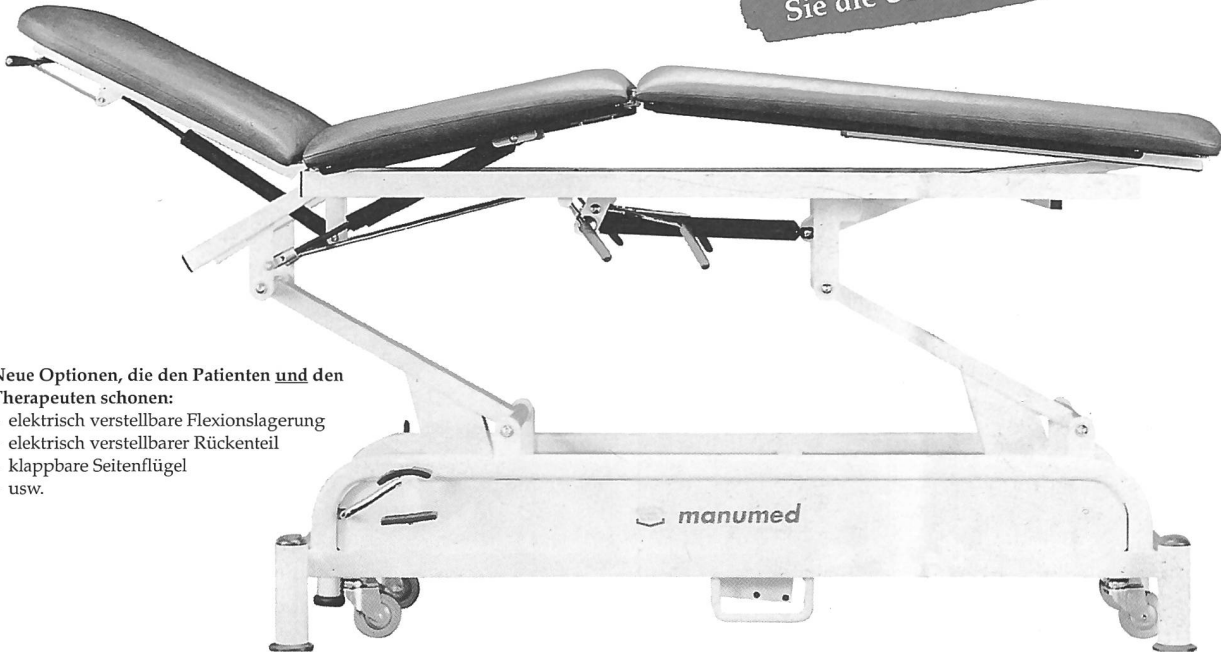
Das Koordinieren von Körperteilen (zum Beispiel Arme und Beine) und Teilnetzwerken ist dann am wirkungsvollsten, wenn es auf Millisekunden genau ist. Dies soll hier plausibel erklärt werden. Die Motoneurone und Interneurone werden von afferenten Aktionspotentialen dann am ehesten zur Erregung gebracht, wenn die postsynaptischen Potentiale dieser Input-Aktionspotentiale das Motoneuron gleichzeitig depolarisieren (er-

regen). Die Neurone arbeiten als Koinzidenzdetektoren. In *Abb. 34* ist das gleichzeitige Eintreffen der postsynaptischen Potentiale dargestellt. Treffen die afferenten Potentiale annähernd gleichzeitig ein, dann erreicht die Summe der Depolarisationen die Erregungsschwelle des Motoneurons, und ein Aktionspotential wird am Axonhügel ausgelöst. Das Aktionspotential läuft dann entlang des Axons zu den Muskelfasern. Treffen die hier angenommenen drei postsynaptischen Potentiale statistisch verteilt auf die Dendriten des Motoneurons, dann findet keine Überlagerung und Addierung der postsynaptischen Potentiale statt. Die Erregungsschwelle des Motoneurons wird nicht erreicht und damit auch kein Motoneuron-Aktionspotential am Axonhügel ausgelöst. Also das gleichzeitige, oder verallgemeinert gesagt, koordinierte Eintreffen der afferenten Erregungen ist für die Erregungserzeugung und damit Weiterleitung wesentlich. Das bevorzugte Weiterleiten von gleichzeitigen oder koordinierten zeitlich und räumlich verteilten Impulsen wird wahrscheinlich auch in Netzwerken durchgeführt, denn gleichzeitig auftretende Ereignisse bringt der Mensch automatisch in kausalen Zusammenhang. Wenn nun die Bewegungen von Armen und Beinen absolut koordiniert bewegt werden, dann ist die additive Überlagerung von postsynaptischen Potentialen des afferenten Inputs an den Motoneuronen und Interneuronen viel wahrscheinlicher als bei nicht koordinierten Bewegungen. Diese auf Millisekunden genaue Koordination kann meist nur von Koordinationsdynamik-Geräten erzielt werden. Ein Kind mit einer Zerebralparese muss das koordinierte Bewegen von Armen und Beinen wieder erlernen. Wenn es das koordinierte Krabbeln nicht schafft, dann ist das Setzen der Arme und Beine durch die Therapeutin zwar ein Muskeltraining, aber nicht ein Training der Koordination der Arme und Beine, weil es der Therapeutin nicht gelingt, die Arm- und Beinbewegungen auf Millisekunden genau beim Kind zu koordinieren. Ein nicht bewegter Arm kann so durch Training nicht an die Bewegung der anderen Gliedmassen angekoppelt werden. Die afferenten Impulse treffen auf die Motoneurone und Interneurone zu wenig koordiniert ein, so dass eine erregende (oder hemmende) Koordination und damit Kopplung nicht stattfindet. Ein Gerät, das den Armen und Beinen aktiv und passiv assistive Komplexbewegungen sehr genau ermöglicht, könnte eine erregende Kopplung erreichen (Überschreiten der Erregungsschwelle). Das hier vorgestellte Bewegungsgerät (siehe unten) erreicht eine Koordination zwischen Arm- und Beinbewegungen auf einige Millisekunden genau und ist daher sehr geeignet, die Koordination von Armen



Für Physiotherapeuten
mit klarem Zukunftskurs.

ENRAF Qualitäts-Liegen
jetzt mit Preisen zum Abliegen.
Rufen Sie sofort an – bestellen
Sie die Unterlagen

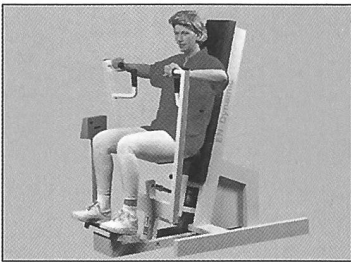


Neue Optionen, die den Patienten und den
Therapeuten schonen:

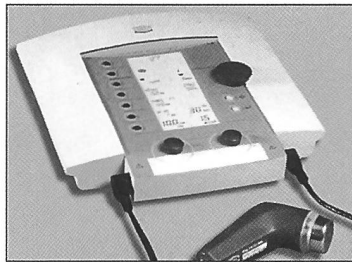
- elektrisch verstellbare Flexionslagerung
- elektrisch verstellbarer Rückenteil
- klappbare Seitenflügel
- usw.

MANUMED. Liege auf den ersten Blick.

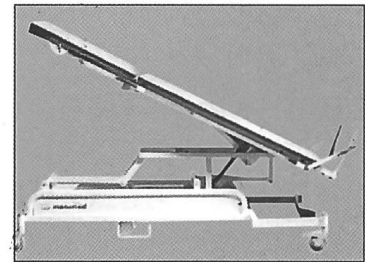
Ob hydraulisch oder elektrisch, ob mit Hand/Fussschalter oder Rundumbedienung, ob mit oder ohne Flexionslagerung, ob 2-, 3-, 4-, 5- oder gar 6-teilig, ob als Extensions-, Bobath-Liege oder als Kipptisch – aus einer Fülle patientenfreundlicher Innovationen und Behandlungserleichterung für den Therapeuten, aus X Kombinationen, Farben und Zubehör macht ENRAF NONIUS die massgeschneiderte Liege möglich.



Die Zukunft gehört der Trainingstherapie:
EN-Dynamic mit pneumatischem Widerstand verhindert unnötig hohe Druckkräften in den Gelenken. EN-Track ist ein computergestütztes System für die Erstellung individueller Trainingsprogramme.



Das Aussehen Ihrer Geräte ist ein Teil Ihres Images. Darum legt ENRAFNONIUS grossen Wert auf gekonntes Styling seiner neuen mobilen Serie. 5 Geräte – Ultraschall, Reizstrom oder Kombination, Akku/Netz-Betrieb.



MANUMED – ein Modell für jede Lage
Grosses Gewicht legt ENRAF NONIUS auf Spezialausführungen: Extensionsliegen, 1- bzw. 2-teilige Bobath-Liegen, 1- bzw. 2-teilige Kipptische, die es gestatten, Patienten stufenlos aus einer horizontalen in eine vertikale Position zu bringen.

ENRAF NONIUS ist ein nicht wegzudenkender Partner in der Physiotherapie, ganz besonders auch in folgenden Bereichen:

- Ultraschall- und Elektrotherapie • Hochfrequenztherapie • Thermotherapie • Trainingstherapie • Massage- und Behandlungsliegen •

Verlangen Sie detaillierte Unterlagen über das Gesamtprogramm bei Ihrem ENRAF NONIUS Fachspezialisten:

MTR Medizin/Therapie/Rehab, Roosstrasse 23, 8832 Wollerau, Tel. 01 787 39 40, Fax 01 787 39 41

Jardin Medizintechnik AG, Feldmattstrasse 10, 6032 Emmen, Tel. 041 260 11 80, Fax 041 260 11 89

Comprys SA, casella postale 498, 6612 Ascona, Tel. 091 791 02 91, Fax 091 791 04 71 (Tessin)

Concept Service Sàrl., Electronique Medicale, 1226 Thônex, Tél. 022 348 52 92

oder direkt beim Generalimporteur für die Schweiz:

Medicare AG, Mutschellenstrasse 115, 8038 Zürich, Tel. 01 482 482 6, Fax 01 482 74 88, E-mail: medicareAG@compuserve.com

ORIGINAL MEDAX

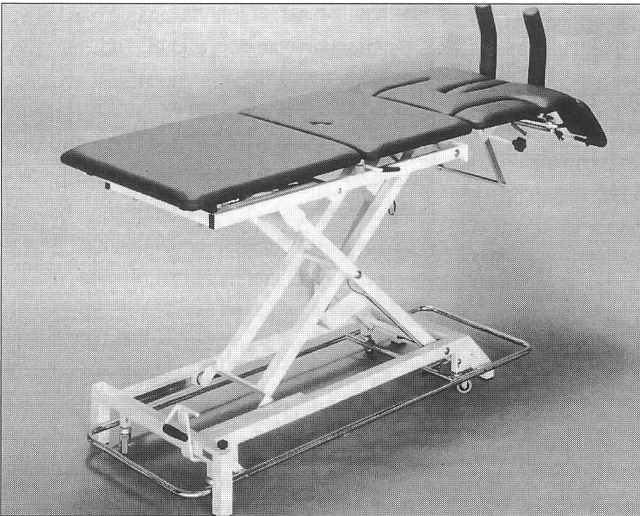
Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie keine Experimente mit irgendwelchen Kopien!

Unser Fabrikationsprogramm:

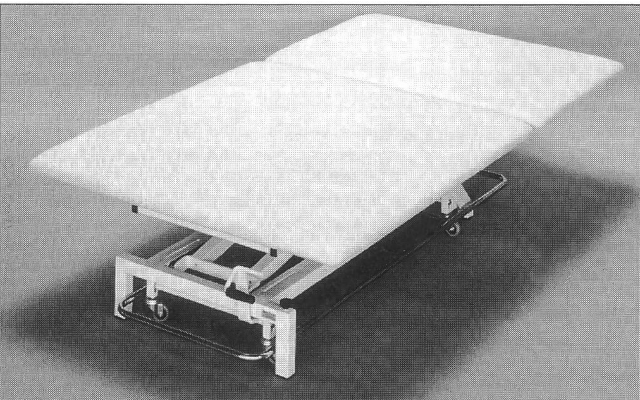
- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Behandlungsliege MEDAX P 40 A



- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



-
- Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
 Bitte rufen Sie uns an.

Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____

PH-03/94

**MEDAX AG
 MEDIZINTECHNIK**

Schneckerlestrasse 20
 CH-4414 Füllinsdorf BL
 Tel. 061-901 44 04
 Fax 061-901 47 78

ACHTUNG! NUR FÜR PROFIS



**CHATTANOOGA
 GROUP, INC.**

Gezieltes Muskeltraining mit dem EMG:

präzise, zielorientiert, effizient

Der EMG-Retrainer überzeugt!

- 2 Kanäle
- Memory für 8 Protokolle
- Klappbarer LCD-Bildschirm
- Audio-visuelle Signale
- Freihandvorrichtung
- Festlegung des Trainingszieles:
 manuell, gemäss max. Kontraktion
 oder Durchschnittsaktivität

**Verlangen Sie
 unsere Preisliste**

bei Ihrem Partner:

MEDIDOR

Telefon 01-73 73 444
 8904 Aesch b. Birmensdorf

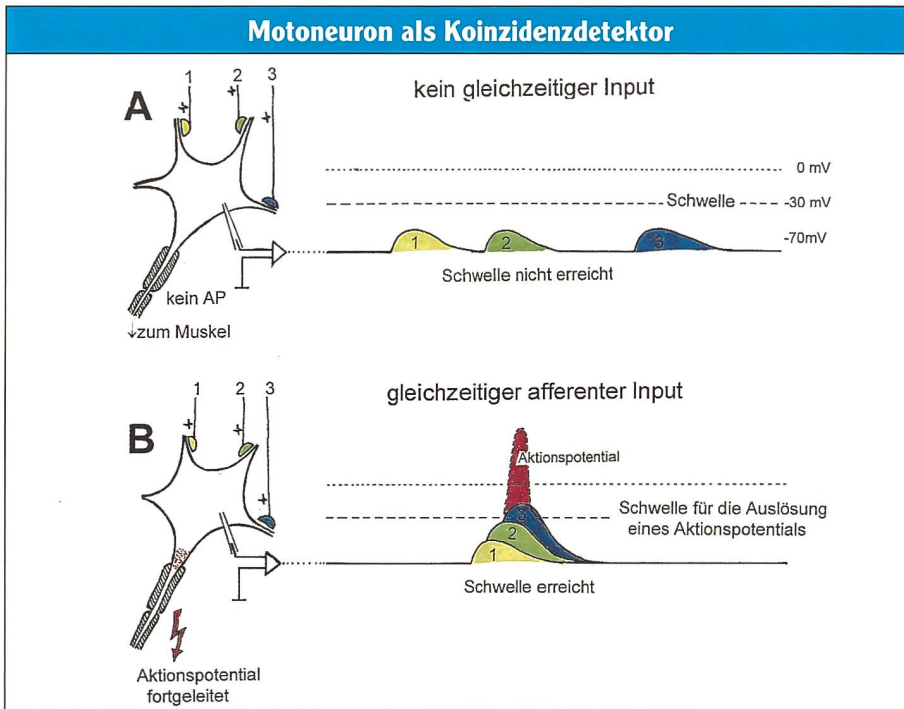


Abb. 34: Motoneuron als Koinzidenzdetektor. A: Afferenter Input trifft nicht gleichzeitig am Motoneuron ein. Ein Aktionspotential (AP) wird nicht ausgelöst. B: Afferente Aktionspotentiale in den Fasern 1, 2 und 3 treffen etwa gleichzeitig beim Motoneuron ein. Das Motoneuron wird bis über die Schwelle bei etwa -30 mV depolarisiert und ein Aktionspotential wird am Axonhügel ausgelöst und im Axon fortgeleitet.

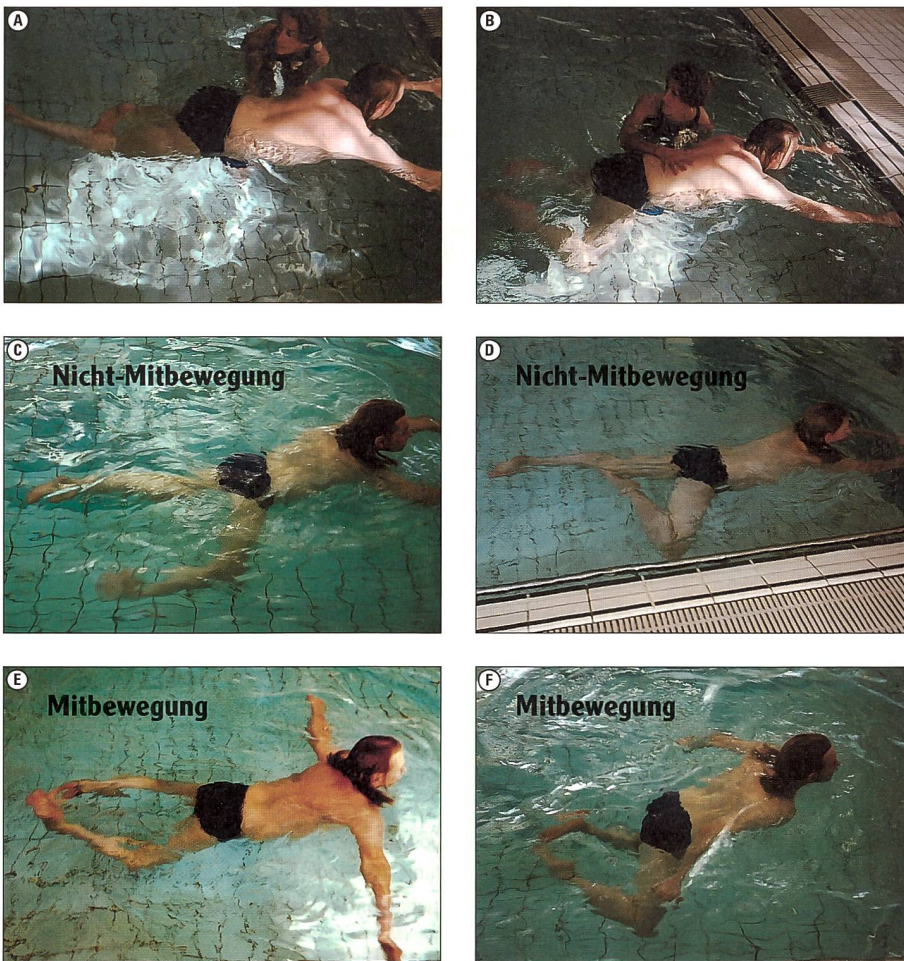


Abb. 35: Mitbewegung (B, E, F) und Nicht-Mitbewegung (A, C, D) eines Beines bei einem 40 Jahre alten Patienten 5 Jahre nach einer tetraparetischen Rückenmarkverletzung (ein Baum fiel ihm während der Arbeit auf den Rücken).

und Beinen zu trainieren, um so einen nicht bewegten Arm an die Bewegungen des anderen Armes und der Beine anzukoppeln. Der Patient muss beim Bewegen erfahren, wie er seine Gliedmassen aktivieren muss, um die Drehbewegungen harmonisch auszuführen. Es sei hier aber darauf hingewiesen, dass die Erklärung der Koordinationsdynamik mittels der Koinzidenzeigenschaften (beispielsweise Motoneuronen) nur eine plausible ist, denn neuronale Netzwerke können Eigenschaften entwickeln, die nicht direkt von den Eigenschaften der beteiligten Neurone abgeleitet werden können.

Mitbewegung von Gliedmassen, erzeugt durch den gleichzeitigen afferenten Input bei Berührung

Das Erzeugen von Mitbewegungen, das heisst zum Beispiel das Mitbewegen eines «schlechten» Beines durch das «gute» Bein, wird ebenfalls durch den genau gleichzeitigen afferenten Input erreicht. Das Mitbewegen ist somit ein Spezialfall der Koordinationsdynamik und soll hier an einem eindrucksvollen Beispiel dargestellt werden.

Ein 40jähriger tetraparetischer Patient infolge einer zervikalen Rückenmarkverletzung konnte fünf Jahre nach dem Unfall nur wenig schwimmen, weil die Armkraft aufgrund der Tetraplegie zu gering war und weil sich beim Schwimmen nur ein Bein bewegte (Abb. 35 C, D). Mit der Instruktion, dass der Patient die Beine vor der Flexion schliessen sollte, beugte sich das rechte Bein ebenfalls stark (Abb. 35 E, F), zum ersten Mal nach fünf Jahren. Nach 10 bis 20 Schwimmbewegungen beugte sich das rechte Bein schon ein wenig, auch wenn sich beide Beine vor der Beugung nicht berührten. Das ZNS hatte also schnell gelernt. Die Beugung und Nicht-Beugung des rechten Beines konnte während des freien Schwimmens (Abb. 35 E, F, C, D) und während der Schwimmbewegungen nur der Beine (Abb. 35 B, A) beobachtet werden. Dies bedeutet, dass die Mitbewegungen hauptsächlich im neuronalen Netzwerk für die Beine in der Intumescentia lumbosacralis erzeugt wurden. Der Patient konzentrierte sich auf das Schliessen der Beine vor der

Anmerkung zu Abb. 35: Der Patient schwamm die 5 Jahre nach dem Unfall wie in C, D; ein Bein beugte er und das andere Bein hielt er unwillkürlich gestreckt, weil er die Beine nicht schloss (C) vor der Beugung (D). Wenn die Beine vor der Beugung sich berührten (E), dann beugten sich beide Beine (B, F). In diesen Fall war die Mitbewegung des rechten Beines ein Alles oder Nichts Phänomen, je nach dem, ob sich die Beine vor der Beugung berührten oder nicht. Die Mitbewegung des rechten Beines konnte während des freien Schwimmens beobachtet werden (C-F) oder wenn nur die Beine Schwimmbewegungen ausführten (A, B).

Beugung in der Weise, dass er sich vorstellte, dass er mit dem linken «besseren» Bein das rechte «schlechte» Bein mitnehmen würde. Dies war natürlich nur eine Vorstellungsstrategie, denn kräftemässig ist das nicht möglich. Bei ähnlichen Patienten wurden solche Mitbewegungen ebenfalls beobachtet, nur war die Mitbewegung meist nicht so stark ausgeprägt.

Automatismen und Koordinationsdynamik

Beim Training rhythmisch, dynamisch, koordinierter Bewegungen zur Reorganisation des ZNS wurden zwei Strategien eingeschlagen.

Bei der einen Strategie wurden im wesentlichen komplexe Automatismen im Rückenmark aktiviert (gestützt durch genetische Reparaturmechanismen, wenn das Rückenmark selbst geschädigt war), wie Gehen und Rennen, um die gestörten Funktionen zu restaurieren. Netzwerkstrukturen, bewegungsinduzierter re-afferenter Input und visueller und auditiver Input wurden genutzt, um dem Rückenmark «mitzuteilen», was es wieder zu erlernen hat. Instruktionen und interpersonelle Koordination wurden beim instruktiven Lernen genutzt, einschliesslich höherer und niedriger Ebenen der Integration. Das Training wurde hauptsächlich mit dem Laufband zum Gehen und Rennen, in Kombination mit dem Air-walker, durchgeführt, um auch die koordinierten Bewegungen von Armen und Beinen einzuschliessen.

Bei der anderen Strategie wurden primär Rhythmen, Rhythmuskopplungen und Koordination trainiert. Der exakt synchronisierte afferente Input, erzeugt durch Springen auf dem Sprungbrett, sollte die durch die Verletzung gestörte Koordinationsdynamik des ZNS wieder restaurieren. Die eine Strategie benutzte also hauptsächlich fest eingebaute Netzwerkorganisationen, um das ZNS zu reorganisieren, während die andere Strategie die Wiederherstellung des Organisationsprinzips des ZNS in den Vordergrund stellte.

Therapie zur Koordination von Arm- Bein- und Rumpfbewegungen mit Geräten

Hier wird nun ein Gerät vorgestellt, bei welchem rhythmische Finger-, Hand-, Arm-, Zehen-, Fuss-, Bein- und Rumpfbewegungen sehr exakt koordiniert werden, damit die Koordinationsdynamik restauriert werden kann. Zusätzlich zu den gekoppelten Bewegungen der Beine und der Bewegungen der Arme führt der Patient zu den Gliedmassen koordinierte dreidimensionale Rumpfbewegungen aus, welche abwechselnd verschiedenen hohe Körpersegmente rekrutieren. Die dem

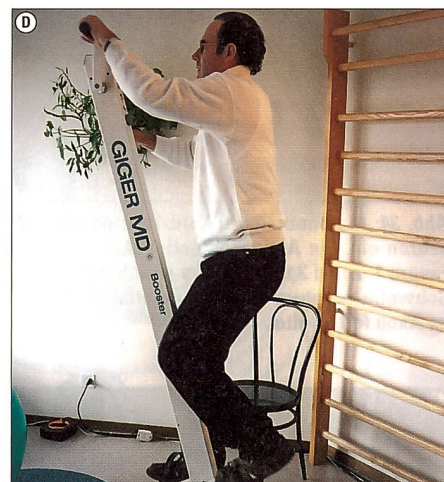
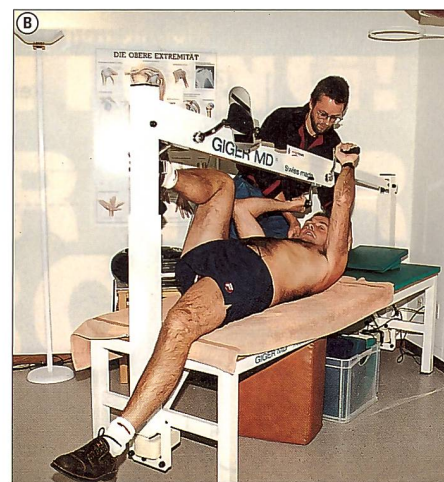
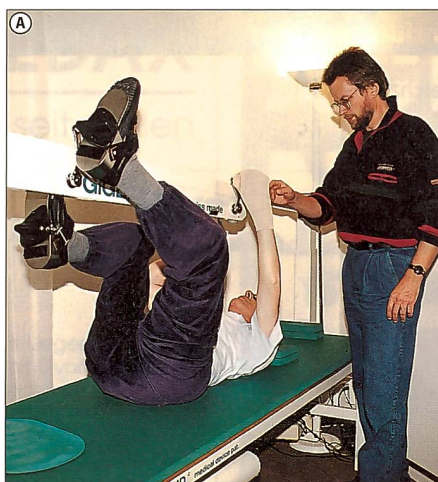


Abb. 36: A: 70-jähriger Patient nach einem Schlaganfall in einer Physiotherapiepraxis bei der Koordinationsdynamik-Therapie in liegender Stellung. Nach Einstellung des Gerätes überwacht der Therapeut (Thomas Nyffeler, diplomierte Physiotherapeut, Bahnhofstrasse 1, 6312 Steinhausen, Telefon 041 - 741 11 42) die Bewegungsausführung. Die linke paretische Hand des Patienten ist mit einer elastischen Binde angebonden. B: 48-jähriger Patient bei der Dehnung des verkürzten Musculus iliopsoas. C: Patientin mit Haltungproblemen bei sitzender Therapiestellung. D: Koordinationsdynamik-Therapiegerät in aufrechter Stellung, Autor G. S.

Körper aufgezwungene Koordination der Gliedmassen und des Rumpfes sind in Übereinstimmung mit den Kopplungsmöglichkeiten der menschlichen α_1 - (8–12 Hz), α_2 - (6–9 Hz) und α_3 -Oszillatoren (0,4–4 Hz) [6–8]. Der entscheidende Vorteil dieses Therapiegerätes ist, dass zu den Arm- und Beinbewegungen koordiniert dreidimensionale Bewegungen des Rumpfes ausgeführt werden können. Mittels der Koordinationsdynamik-Therapie können damit die Funktionen der Rumpfmuskeln verbessert werden. Bei fehlender Rumpfmuskelaktivität kann jene zur Funktion durch die Ankopplung an die Netzwerkzustände für die koordinierten Arm- und Beinbewegungen gebracht werden. Bei zu hoher Aktivität der Rumpfmuskeln (Spastik) können die versorgenden oszillatorisch feuernenden Motoneurone in einer generalisierten Koordinationsdynamik in ihrer Aktivität reguliert (gesenkt) werden. Partielle Rechts-Links-Ungleichheiten in der Aktivität der Rumpfmuskeln können zu verschied-

den starker Traktion an der Wirbelsäule führen und Anlass zu ZNS bedingten Skoliosen geben. Eine Verbesserung der Koordinationsdynamik bringt auch eine Verringerung der ZNS-bedingten Skoliosen.

Diese Koordinationsdynamik-Therapie ist in Abb. 36 dargestellt. Der Patient führt in liegender Stellung Bewegungen aus. Sollte bei einem Hemiparetiker die eine Hand sich nicht halten können, so kann sie mit einer elastischen Binde befestigt werden, oder die Therapeutin kann sie halten und führen (gefühlsmässiges Zuwenden). Bewegungen können auch in aufrechter (Abb. 36 D) und sitzender Stellung (Abb. 36 C) ausgeführt werden. Die Rumpfbewegungen prägen sich dann aber anders aus.

In der nächsten «Physiotherapie» folgen Fallbeispiele zum diesem Thema

Nur was Erfolg hat, wird nachgeahmt. Voltaren® Emulgel® – das Original.



50 g Tube
Kassenzulässig

Schmerzfrei beweglich mit Voltaren® Emulgel® – kühlend wie ein Gel
und pflegend wie eine Creme.

Indikationen: Rheumaschmerzen, Verstauchungen, Prellungen



Z: 1% Diclofenac Natrium, Propylenglykol, Isopropanol, Aromatika. **I:** Lokalisierte rheumatische Erkrankungen und Weichteilrheumatismus. Traumatisch bedingte Entzündungen der Sehnen, Bänder, Muskeln und Gelenke, wie z.B. Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen. **D:** 2–4 g Voltaren Emulgel, 3–4x tgl. auf die betroffenen Körperpartien auftragen. **K:** Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff

(siehe Zusammensetzung). **VM:** Voltaren Emulgel soll nicht mit Hautwunden bzw. offenen Verletzungen, Augen oder Schleimhäuten in Berührung kommen. Nicht einnehmen. Bei längerer Anwendung auf grösseren Flächen und während längerer Zeit ist das Auftreten von systemischen Nebenwirkungen nicht völlig auszuschliessen. **UW:** Gelegentlich: Allergisch oder nicht allergisch bedingte Kontaktdermatitis. Vereinzelt generalisierter Hautausschlag, Überempfindlichkeitsreaktionen, Photosensi-

bilisierung. **P:** Tuben zu 50 g und 100 g. **Hinweis:** Für ausführliche Informationen verweisen wir auf das Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. Liste C.

 **NOVARTIS**

Novartis Consumer Health Schweiz AG
Postfach, CH-3001 Bern

LEVO®

LEVO stellt *uf* und bietet Ihnen
Mobilität, Gesundheit, Selbständigkeit

Vertrieben durch:

Bimeda AG Bachenbülach
01/860 97 97, Fax 01/860 95 45
Gelbart Reha-Center Luzern
041/360 00 12, Fax 041/360 16 30
Gelbart Reha-Center Adliswil
01/771 29 92, Fax 01/771 29 94
Max Jung, 3645 Thun-Gwatt
033/336 80 78, Fax 033/335 24 78
Meditec J. Dubuis Bercher
021/887 80 67, Fax 021/887 81 34
M.J. REHAB Colombier
032/841 22 90, Fax 032/841 42 90
Reha Hilfen AG Dättwil
056/493 04 70, Fax 056/493 04 71
Reha-Hilfen AG 9000 St.Gallen
071/245 01 50, Fax 062/751 43 36
Reha Hilfen AG Zofingen
062/751 43 33, Fax 062/751 43 36
Roll-Star Sementina
091/857 67 33, Fax 091/857 68 00
Theo Frey AG Bern
031/991 88 33, Fax 031/992 20 21
Transport Handicap Plan-les Ouates
022/794 52 54, Fax 022/794 52 75
Trend Reha AG Wännewil
026/497 92 10, Fax 026/497 92 14



«easy-line»

- ✓ leicht und wendig
- ✓ müheloses Aufstehen
- ✓ Integration in den Alltag
- ✓ Qualität im Sitzen und Stehen
- ✓ Stehtraining überall und jederzeit



The expert in standing

LEVO AG

CH-5605 Dottikon

Tel. 056/624 37 82

Fax 056/624 31 15

<http://www.levo.ch>

Eismaschinen

- ✓ kostengünstig
- ✓ hygienisch
- ✓ individuell

Behandeln Sie mit micro-cube Feineis kostengünstig, wirksam und schonend Ihre Patienten!

micro-cube Feineis besticht durch seine

- 0°C
- hohe Kühlkraft
- Anschmiegsamkeit
- Streufähigkeit

Lassen Sie sich **Ihre** Lösung durch unser Fachpersonal vorführen. Rufen Sie uns an.

Kibernetik AG
Langäulstrasse 62
9470 Buchs (SG)
Tel. 081 - 750 52 00
Fax 081 - 750 52 01



TanzFREUDIG!

So erleben Sie den einzigartigen, kleinen «Swiss Tango».

- Getriebe- und bürstenloser Radnabenantrieb
- Kurzer Radstand, ideal auch für den Innenbereich
- Flink und wendig wie kein Zweiter
- Unvergleichlich geräuscharm

SKS Rehab AG
Im Wyden - 8762 Schwanden
Telefon 055 647 35 85
<http://www.sks-rehab.ch>



...der «andere» Rollstuhl!