



Reedukacja Nerwowo-Mięśniowa

Nowoczesny model fizjoterapii funkcjonalnej
w oparciu o wyniki badań naukowych.

Instruktorzy

prof. Eyal Lederman PhD,DO

Koordinacja

Karol Szapel, MSc,PT,MT

tel.: (+48) 796 908 108

e-mail: info@oftc.pl

web: www.oftc.pl

Terminy

Moduł	Termin	Miejsce	Instruktor
Grupa 1 (RNM-1)	18-20 Maj 2012 r.	Warszawskie Centrum Edukacji Medycznej ul.Serwituty 25 02-233 Warszawa	prof. Eyal Lederman

Płatności

Ceny zawierają podatek VAT 23%.

Oferta	Płatność	Kwota	Termin płatności	Wpłata tytułem
Oferta specjalna 1600 zł	Wpisowe	300 zł	w 7 dni od zgłoszenia	RNM-1 imię,nazwisko
	Dopłata	1300 zł	16 marca 2012 r.	RNM-1 imię,nazwisko
Oferta normalna 1800 zł	Wpisowe	300 zł	w 7 dni od zgłoszenia	RNM-1 imię,nazwisko
	Dopłata	1500 zł	4 maja 2012 r.	RNM-1 imię,nazwisko

Zgłoszenie

Prosimy wypełnić formularz zgłoszeniowy

Formularz dostępny jest on-line na stronie szkolenia w zakładce „Terminy / Cennik / Zgłoszenia”.

Cele

Szkolenie przedstawia w jaki sposób fizjoterapeuci i terapeuci manualni mogą wspomagać proces odzyskania szeroko rozumianej kontroli ruchu pacjenta.

Urazy mięśniowo-szkieletowe, doświadczenia bólowe oraz uszkodzenia centralnego układu nerwowego powiązane są z różnymi zmianami układu nerwowo-mięśniowego oraz kontroli ruchu. Głównym celem szkolenia jest przedstawienie teoretycznych i praktycznych elementów współczesnej rehabilitacji nerwowo-mięśniowej, opartych na meta-analizie wyników badań naukowych.

Szkolenie przydatne jest wszystkim specjalistom i terapeutom zajmującymi się problematyką nerwowo-mięśniową, w tym fizjoterapeutom, terapeutom manualnym, osteopatami, chiropraktykom, kinezyterapeutom, masażystom, terapeutom sportowym, lecz także trenerom pilatesa, fitnessu, metody Alexandra, integracji strukturalnej, rolferom i trenerom sportowym. Wszyscy zajmujemy się problemami nerwowo-mięśniowymi naszych pacjentów i klientów.

Szkolenie przedstawia praktyczne rozwiązania i całościowe postępowanie rehabilitacji ruchowej dla kończyn górnych i dolnych oraz tułowia i kręgosłupa. Po ukończeniu szkolenia uczestnik będzie:

- ✓ posiadał zdolność rozpoznawania grupy pacjentów, u których reedukacja (rehabilitacja) nerwowo-mięśniowa będzie skuteczna
- ✓ posiadał wiedzę o organizacji i kontroli ruchu, w tym komponenty aferentne i eferentne
- ✓ posiadał kompleksową wiedzę o nauczaniu motorycznym i jego wykorzystaniu w rehabilitacji
- ✓ rozumiał poznawcze i behawioralne czynniki kontroli ruchu i rehabilitacji
- ✓ rozumiał jak kontrola ruchu poddawana jest reorganizacji w różnych typach dysfunkcji / patologii: urazach szkieletowo-mięśniowych, bezurazowych zespołach bólowych (np.: chroniczne bóle szyi, myalgia m.czworobocznego) oraz uszkodzeniach CUN.
- ✓ rozumiał mechanizmy bólu, sensytyzacji (uwrażliwienia ; regulacji w górę) i desensytyzacji (odwrażliwienia ; regulacji w dół) układu nerwowego
- ✓ wiedział jak stosować Reedukację Nerwowo-Mięśniową w różnych dysfunkcjach i patologiach, spotykanych na codzień w praktyce klinicznej

Główne cechy metody

- ✓ Rehabilitacja nerwowo-mięśniowa koncentruje się na wspomaganiu pacjenta w odzyskiwaniu kontroli ruchu
- ✓ Ruchomość funkcjonalna to indywidualny repertuar ruchowy pacjenta
- ✓ Ruchomość funkcjonalna jest specyficzna dla danego pacjenta
- ✓ Rehabilitacja funkcjonalna wykorzystuje indywidualny repertuar ruchowy pacjenta w celu odtwarzania utraconych umiejętności i zdolności ruchowych
- ✓ Rehabilitacja funkcjonalna przedstawiana przez prof. Ledermana ma trzy główne aspekty:
 - ✓ pozostaje funkcjonalna
 - ✓ wykorzystuje koncepcję rehabilitacji na poziomie zdolności / umiejętności ruchowych i senso-motorycznych
 - ✓ wykorzystuje kod nauczania / adaptacji w celu optymalizowania zmian kontroli motorycznej

Program

Struktura

Szkolenie trwa 3 dni i zawiera 26 godzin dydaktycznych. Podczas szkolenia około 30% czasu poświęcone jest zagadnieniom i wykładom teoretycznym, natomiast 70% czasu to zajęcia praktyczne.

Harmonogram

Dzień 1-2	Opis	Czas	Sala
09:00 - 10:45	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
10:45 - 11:00	Przerwa kawowa	15 min	SALA B
11:00 - 12:45	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
12:45 - 13:45	Lunch	60 min	
13:45 - 15:30	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
15:30 - 15:45	Przerwa kawowa	15 min	SALA B
15:45 - 17:30	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
Dzień 3	Opis	Czas	Sala
09:00 - 10:45	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
10:45 - 11:00	Przerwa kawowa	15 min	SALA B
11:00 - 12:45	Sesja szkoleniowa	105 min	SALA B
12:45 - 13:15	Brunch	30 min	
13:15 - 15:00	Sesja szkoleniowa / Zakończenie	105 min	SALA B

Program Teoretyczny

- ✓ Wprowadzenie i aspekty kliniczne Reeducacji Nerwowo-Mięśniowej
- ✓ Ruch i rehabilitacja funkcjonalna - czym jest?
- ✓ Ośrodkowa organizacja ruchowa
- ✓ "Wyjście" motoryczne - jak pracować nad kompleksowością ruchową?
- ✓ Zdolności motoryczne i model kompleksowości motorycznej - aspekty kliniczne
- ✓ Nauczanie ruchu - warunki nabywania / reeducacji motorycznej i implikacje kliniczne
- ✓ Podobieństwo i kontekst jako zasady skutecznej rehabilitacji
- ✓ Kontrola bólu
- ✓ Budowanie programu kompleksowej rehabilitacji

Program Praktyczny

Podczas szkolenia każdy rodzaj technik i postępowania zostanie szczegółowo omówiony pod względem zastosowania oraz wykonania. Techniki przedstawione zostaną w różnych pozycjach wyjściowych pacjenta oraz pod względem różnych rodzajów patologii.

- ✓ Tułów i kręgosłup
- ✓ Kończyna dolna
- ✓ Kończyna górna
- ✓ Postępowanie pourazowe i po unieruchomieniu
- ✓ Postępowanie w chronicznych zespołach szkieletowo-mięśniowych
- ✓ Postępowanie w uszkodzeniach układu nerwowego

Organizacja

Uczestnicy

Szkolenie skierowane jest do fizjoterapeutów, terapeutów manualnych, osteopatów (DO) i chiropraktyków (DC), a także studentów wymienionych specjalności.

Przygotowanie

Przed szkoleniem warto powtórzyć zagadnienia z zakresu anatomii strukturalnej oraz fizjologii układu limfatycznego i procesów gojenia się tkanek.

prof. Eyal Lederman PhD,DO

Prof. Eyal Lederman praktykuje osteopatię od ponad 20 lat. Uzyskał stopień doktorski (PhD) w zakresie fizjoterapii w King's College, gdzie prowadził badania nad neurofizjologią terapii manualnej. Ma także bardzo duży wkład w rozwój i ostatnie osiągnięcia badawcze technik harmonicznyc, będąc obecnie ich głównym promotorem i badaczem. Prof. Lederman zaangażowany jest w badania nad fizjologicznym wpływem terapii manualnej oraz rozwój Reeducacji Nerwowo-Mięśniowej (Neuromuscular Re-abilitation). Wykłada podstawy naukowe terapii manualnej w wielu szkołach fizjoterapii w Wielkiej Brytanii oraz międzynarodowo, będąc także senior-wykładowcą w British School of Osteopathy (BSO). Jest autorem wielu artykułów oraz publikacji książkowych, m.in.: "Harmonic Technique", "The Science and Practice of Manual Therapy" oraz "Neuromuscular Rehabilitation in Manual and Physical Therapies".

Model rehabilitacji prof.Ledermana

Model rehabilitacji przekazywany przez prof. Ledermana opiera się na trzech elementach:

- ✓ **Koncentracja na ruchu funkcjonalnym**
- ✓ **Zasada reeducacji umiejętności / zdolności**
- ✓ **Kod adaptacji nerwowo-mięśniowej**

Dzięki prostemu, lecz globalnemu procesowi trzech kroków terapeuta decyduje który poziom rehabilitacji oraz jakie elementy adaptacji motorycznej zostaną wykorzystane w programie terapeutycznym. Wiele czynników naprawczych zostaje w ten sposób dobrane z indywidualnego repertuaru ruchowego pacjenta. Pięknem modelu terapeutycznego, prezentowanego przez prof. Ledermana jest zastosowanie we wszelkich dysfunkcjach i chorobach angażujących układ nerwowo-mięśniowy:

Urazy / choroby zaburzające układ motoryczny:

- ✓ zmiany nerwowo-mięśniowe powiązane z urazami szkieletowo-mięśniowymi, urazami sportowymi, stanami pooperacyjnymi, szkieletowo-mięśniowo-powięziowymi zespołami bólowymi
- ✓ stany, gdzie określone zachowania pacjenta zaburzają proces gojenia, naprawy i adaptacji lub bezpośrednio prowadzą do urazu lub bólu
- ✓ nie-urazowe zespoły bólowe, jak na przykład mialgia m.czworobocznego karku, chroniczne bóle kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego

Dysfunkcje angażujące uszkodzenie centralnego układu nerwowego:

- ✓ udary mózgu, urazy neuro-ortopedyczne głowy, stany po operacjach neurochirurgicznych oraz choroby degeneracyjne

Głównymi różnicami pomiędzy wymienionymi powyżej dysfunkcjami, wpływającymi na postępowanie terapeutyczne są wielkość zaburzeń, czas trwania terapii oraz potencjał wyzdrowienia.

Rehabilitacja w kontekście funkcjonalnym

Funkcjonalne podejście terapeutyczne jest kluczowym konceptem postępowania, omawianym podczas szkolenia. Ruch funkcjonalny definiowany jest przez prof. Ledermana jako unikalny repertuar ruchowy jednostki.

Część owego repertuaru to zachowania ruchowe powiązane z codziennymi aktywnościami i potrzebami jak jedzenie, mycie się, czesanie, chodzenie, a więc są to tzw. umiejętności ogólne. Niektóre umiejętności ruchowe są podobne u wszystkich pacjentów, lecz inne są unikalne dla danej osoby, jak na przykład hobby, sporty i aktywność zawodowa - są to tzw. umiejętności specjalne. U niektórych ludzi repertuar funkcjonalny zawierać będzie grę w tenis, dla innych będą to pozycje Jogi, granie na fortepianie, itd. W momencie, gdy osoba nauczy się danego ruchu lub zdobędzie nową umiejętność, staje się to jej repertuarem ruchowym, stąd też jej zachowaniem. Ruchy i czynności, które pozostają poza normalnym repertuarem danego pacjenta, profesor nazywa umiejętnościami poza-funkcjonalnymi.

Rehabilitacja funkcjonalna definiowana jest przez prof. Ledermana jako proces wspomaganie pacjenta w odzyskaniu jego możliwości ruchowych poprzez wykorzystywanie jego indywidualnego repertuaru ruchowego (w możliwym na daną chwilę zakresie). Stąd też w przypadku, gdy pacjent ma deficyt ruchowy stawu kolanowego i nie może chodzić, ani biegać, rehabilitacja funkcjonalna skupi się kolejno na umiejętności chodzenia, później biegania, skakania, chodzenia po schodach, itd. Jeśli osoba ta gra w tenis - aktywność ta także zostanie wykorzystana w procesie terapeutycznym.

Istnieją silne dowody na to, iż rehabilitacja będzie mniej efektywna w przypadku wykorzystywania wzorców ruchowych, czynności i zachowań wychodzących poza repertuar funkcjonalny pacjenta (poza-funkcjonalnych). Na przykład: terapia funkcjonalna osoby grającej w tenis będzie mniej skuteczna przy wykorzystywaniu ćwiczeń takich jak gra w piłkę nożną, ćwiczenia na przyrządach siłowych, czy ćwiczenia w pozycji leżącej. Dla takiego pacjenta, terapia wykorzystująca specyficzne dla tenisa elementy i zachowania ruchowe będzie znacznie bardziej skuteczna. U osoby lubiącej Jogę, która cierpi na bóle kręgosłupa lędźwiowego, rehabilitacja funkcjonalna wykorzysta czynności dnia codziennego oraz elementy i pozycje jogiczne. U takiej osoby czynności „tenisowe” byłyby „poza-funkcjonalne” i mało skuteczne.

Wszystko powyższe wydaje się być bardzo logiczne i oczywiste, lecz w większości prowadzona rehabilitacja skupia się na aktywnościach „poza-funkcjonalnych” takich jak trening stabilizacji głębokiej na podłodze, usztywnianie tułowia lub trening siłowy na przyrządach. Pytaniem staje się, na ile efektywne w przywracaniu funkcji są takie aktywności. Wprowadzenie poza-funkcjonalnych aktywności w proces rehabilitacji rodzi pewne problemy. Czynności oraz ćwiczenia poza-funkcjonalne wymagają nauczenia się wykonywania nowych zadań w czasie, gdy pacjent doświadcza bólu i/lub utraty zdolności do ruchu. Nie jest to najlepszy okres wprowadzania nowych dla pacjenta zadań ruchowych. Nauka wymaga czasu, intensywnego skupienia mentalnego i wysiłku fizycznego. Często zonacza to uzależnienie pacjenta od instruktora i prowadzenia przez osoby trzecie. Podejście funkcjonalne, którego celem jest wykorzystywanie naturalnych dla danego pacjenta zasobów ruchowych, nie wymaga dodatkowego procesu nauki. Rozpoznawane przez pacjenta zadania ruchowe są mniej absorbujące i nie wymagają treningu w celu nauczenia się ich. Wiąże się to także z

mniejszą utratą czasu na proces nauki. Dodatkowo, rehabilitacja funkcjonalna nie potrzebuje dodatkowego sprzętu do ćwiczeń. Naprawcze wyzwania ruchowe są integralną częścią codziennych aktywności pacjenta, stąd mogą być wykonywane w każdym miejscu i o każdej porze. Podejście funkcjonalne jest łatwe do zastosowania oraz ułatwia pacjentowi prowadzenie auto-terapii.

Istnieją także wyjątki i okoliczności, w których pacjent będzie wymagał specyficznych ćwiczeń dla konkretnych zaburzeń motorycznych, które nie zawierają się w funkcjonalnym repertuarze ruchowym pacjenta. Istnieją także sytuacje, w których pacjent jest w bardzo dużym stopniu niezdolny do wykonywania aktywności funkcjonalnych. Wszystkie wyjątki i okoliczności uniemożliwiające natychmiastowe wprowadzenie terapii funkcjonalnej zostaną omówione podczas szkolenia.

Poziomy reedukacji nerwowo-mięśniowej

Pacjenci, którzy odczuwają ból lub wykazują deficyty ruchowe mogą rozwijać wzorce ruchowe, które zwrótnie mogą wzmacniać ich dysfunkcję. Pacjent może posiadać trudności w chodzeniu w wyniku zaburzenia kontroli równowagi lub koordynacji.

Pourazowa rehabilitacja ruchowa oraz normalizacja motoryczna zachodzą naturalnie. Większość ludzi po urazie podejmuje aktywność fizyczną, która wspiera ich spontaniczny i niewspomagany powrót do zdrowia. Wszystko to wydarza się bez specjalistycznej wiedzy oraz rozumienia fizjologicznych podstaw gojenia się i powrotu do zdrowia. W omawianej formie rehabilitacji dany pacjent podejmuje się częściowo lub całkowicie wykonywania ruchów, do których zdolność utracił. Rozpoczynanie chodzenia staje się rehabilitacją dla osoby, która utraciła pełną zdolność chodu. Podobnie u osoby, która utraciła zdolność sięgania po przedmioty w wyniku urazu barku, rehabilitacją będą powtażane próby wzorca sięgania ręką w określonym kierunku / kierunkach. Celem takiej formy terapii jest ogólne przywracanie umiejętności wykonywania określonego wzorca ruchowego. Odnosi się to do rehabilitacji umiejętności.

Opisane powyżej podejście nie zawsze prowadzi do uzyskania zamierzonych celów. Pacjenci, którzy odczuwają ból lub wykazują deficyty ruchowe mogą rozwijać wzorce ruchowe, które zwrótnie mogą wzmacniać ich dysfunkcję. Pacjent może posiadać trudności w chodzeniu w wyniku zaburzenia kontroli równowagi lub koordynacji. Wykorzystując zasadę podobieństw, zachęcając pacjenta do chodzenia, „chodzenie będzie treningiem koordynacji i równowagi”. Jednak pacjent w celu „lepszego” chodzenia będzie wykorzystywał wzorce kompensacyjne - będzie chodził powoli, na szerszej płaszczyźnie podparcia, z krótszym krokiem - co nie będzie korzystnie wpływało na poprawę kontroli równowagi i koordynacji podczas chodu.

Równowaga i koordynacja są częścią kilku bloków budujących kontrolę, która składa się na zdolność ruchową. Owe bloki nazywane są zdolnościami senso-motorycznymi. Podejście terapeutyczne, które skupia się na różnych zdolnościach senso-motorycznych nazywane jest „re-abilacją”. Na tym poziomie rehabilitacji celem jest odtworzenie utraconej kontroli powiązanej z określoną zdolnością. W przypadku opisanego powyżej chodu, rehabilitacja powinna skupiać się na stymulowaniu równowagi i koordynacji w dynamicznych pozycjach stojących.

Rehabilitacja umiejętności oraz re-abilacja (zdolności) są istotne klinicznie i często wykorzystywane razem. Jednak można stosować pewne przesunięcia koncentracji na jedno z oby podejść w zależności od stan, kondycji i fazy gojenia się pacjenta.

Kod adaptacji nerwowo-mięśniowej

W rehabilitacji funkcjonalnej rozpoznajemy pięć elementów, które optymalizują adaptację nerwowo-mięśniową: poznanie, utrzymanie aktywności, informację zwrotną, powtarzalność i podobieństwo.

Rehabilitacja nerwowo-mięśniową jest procesem bezpośrednim - każdy może ją wykonywać. W rzeczywistości każdy z nas wykonuje ją cały czas. Każdego dnia podejmujemy się czynności, których rezultatem są zmiany w ruchu i zachowaniu - każdy z nas może samodzielnie modyfikować swoją kontrolę motoryczną. Co więcej, układ nerwowo-mięśniowy posiada zdolność do samozdrowienia oraz reorganizacji w odpowiedzi na uraz. Oznacza to, iż w zakresie naszych zachowań istnieją określone elementy, które pobudzają mechanizmy odtwarzania kontroli motorycznej.

W rehabilitacji funkcjonalnej rozpoznajemy pięć elementów, które optymalizują adaptację nerwowo-mięśniową: poznanie, utrzymanie aktywności, informację zwrotną, powtarzalność i podobieństwo. W celu nauczenia się nowego zadania, zmodyfikowania zachowania lub wsparcia procesu zdrowienia musimy być świadomi tego co robimy (poznanie) oraz musimy aktywnie wykonywać czynność, którą chcemy odtworzyć (utrzymanie aktywności). Przy korekcji ruchu polegamy na wewnętrzz pochodnych informacjach czuciowych lub zewnętrznych informacjach od osoby trzeciej (informacja zwrotna), a także musimy powtarzać daną czynność wiele razy (powtarzalność). Dodatkowo, ćwiczenie musi w dużym stopniu być podobne do czynności którą chcemy odtworzyć (podobieństwo). W celu nauczenia się gry na pianinie - osoba ćwiczy grę na pianinie. Jednak trening siłowy palców lub pompki będą miały znikomy wpływ na umiejętność gry na pianinie. Ćwiczenia muszą być specyficzne dla danego zadania.

Powrót kontroli motorycznej może być stymulowany poprzez wprowadzanie elementu kodu adaptacji nerwowo-mięśniowej do programu rehabilitacji. Takie postępowanie będzie promowało funkcjonalny proces zdrowienia, który jest bardziej korzystny dla pacjenta w codziennych aktywnościach, uzyskane rezultaty utrzymają się znacznie dłużej oraz skróceniu ulegnie całkowity czas programu terapeutycznego.

Opracowania zagadnień:

Karol Szapel MSc,PT,MT

OFC Terapia Manualna, Warszawa 2012

Regulamin Szkolenia

Zgłoszenie uczestnictwa

- ✓ Zgłoszeniem udziału w szkoleniu jest wypełnienie i wysłanie elektronicznego formularza zgłoszeniowego, dostępnego na stronie wybranego szkolenia oraz wpłata kwoty wpisowego.
- ✓ Osoba zostanie wpisana na listę uczestników z dniem zaksięgowania wpłaty wpisowej na rachunku bankowym organizatora.
- ✓ W przypadku braku wpłaty w terminie 7 dni od wysłania formularza - zgłoszenie ulega automatycznej anulacji (osoba nie zostaje wpisana na listę uczestników).
- ✓ Osoba wysyłając zgłoszenie zgadza się z warunkami finansowymi oraz regulaminem szkolenia.
- ✓ Organizator w terminie 7 dni od daty wpłynięcia środków na jego rachunek bankowy wystawia fakturę VAT na dane otrzymane w formularzu.

Obowiązki i prawa organizatora

- ✓ Organizator szkolenia zobowiązuje się do zapewnienia sali szkoleniowej, stołów terapeutycznych, materiałów pomocniczych, skryptów szkoleniowych w języku polskim oraz tłumaczenia szkolenia na język polski.
- ✓ Opłata za szkolenie nie obejmuje transportu, zakwaterowania i obiadów.
- ✓ Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania szkolenia z jednoczesnym pełnym zwrotem wpłaconych środków.
- ✓ Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany terminu szkolenia/modułu w wyjątkowych okolicznościach.
- ✓ Organizator oświadcza, iż przekazane mu dane osobowe stanowią poufną informację OFC Terapia Manualna s.c. i nie zostaną one przekazane osobom trzecim.

Rezygnacja

- ✓ Rezygnację ze szkolenia należy przesłać drogą poczty elektronicznej (e-mail) lub pisemnej, podając imię, nazwisko, nazwę i grupę szkolenia na adres: info@oftc.pl
- ✓ Datą rezygnacji jest termin otrzymania wiadomości e-mailowej przez organizatora lub termin nadania listu poleconego.
- ✓ Rezygnacja zostanie potwierdzona przez organizatora drogą poczty elektronicznej w czasie 7 dni od jej otrzymania.
- ✓ Opłata wpisowa nie podlega zwrotowi ani przesunięciu na inne szkolenie, niezależnie od okoliczności.
- ✓ Brak wpłaty w wyznaczonym terminie powoduje wykreślenie osoby z listy uczestników.
- ✓ Rezygnacja złożona na więcej niż 8 tygodni przed terminem rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczna ze zwrotem 100% wpłaconych środków (bez wpisowego).
- ✓ Rezygnacja złożona pomiędzy 8-4 tygodniem przed terminem rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczna ze zwrotem 50% wpłaconych środków (bez wpisowego).
- ✓ Rezygnacja złożona później niż 4 tygodnie przed terminem rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczna z utratą 100% wpłaconych środków.
- ✓ Rezygnacja w trakcie szkolenia (także pomiędzy modułami) oznacza utratę 100% wpłaconych środków.
- ✓ Obecność na zajęciach jest obowiązkowa. Organizator informuje, iż nie ma obowiązku umożliwienia uczestnikowi odrobienia nieobecności w innym terminie (z inną grupą).