




Marie-Chantal Morel, OT
Guesteditor

e-News for Somatosensory Rehabilitation

- 49** Morel-Bracq, M.-C. Guesteditorial: **Le modèle de la rivière *kawa*** [Français]
- 53** Spicher, C.J. & Della Casa, R. Image in Somatosensory Rehabilitation Nb 6 [English]
- 54** Della Casa *et al.* No Comment Nb. 16 [English]
- 55** E. R. D. Témoignage No 21 d'une patiente: **Litatoli ya misapi na ngai** [Lingala]
- 58** Clément-Favre, S. & Spicher, C.J. Neues Heimprogramm [Deutsch]
- 60** Clément-Favre, S., Grass, A. & Spicher, C.J. Originalartikel: **Chronisch neuropathischen Schmerz vermindern mittels somatosensorischer Rehabilitation** [Deutsch]
- 73** Y.Z. Ombre & Pénombre [Français]
- 74** EFIC : Sofaer, B., Niv, D. & Devor, M. Information for patients : **Don't Suffer in Silence.** [English]
- 76** EFIC : Sofaer, B., Niv, D. & Devor, M. Informacion para los pacientes : **No sufras en silencio** [Español]
- 78** Desfoux *et al.* Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics [English]
- 81** Monney, Ch.. Témoignage No 22 d'une patiente: **Sur le qui-vive** [Français]
- 82** Noël *et al.* Continuous Education – Weiterbildung – Formation continue [E; D; F]

GUEST EDITORIAL**Morel-Bracq Marie-Chantal, OT, MSc (educ)¹**To MD To neuroscientist To patient To therapist **Le modèle de la rivière *kawa* :
Santé, soins et évaluation subjective de la situation****Santé**

Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que le soin ? On a longtemps pensé que la santé était l'absence de maladie "*La santé, c'est la vie dans le silence des organes*" (Leriche, 1937). Cette définition est encore largement partagée dans nos sociétés occidentales. L'OMS en 1946 a élargi cette définition d'un point de vue psycho-social: "*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". Cette évolution reflète une vision plus systémique de la santé à la fois médicale et sociale, à la base de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, 2001). Le soin évolue en conséquence mais est lui aussi fortement lié au contexte culturel et social dans lequel nous évoluons. T. Châtel (2009) évoque l'évolution du soin de l'Antiquité avec Hippocrate "*Guérir parfois, soulager souvent, reconforter toujours*" à la médecine performante et technicienne de la fin du XXe siècle qui pourrait se définir par "*Guérir (presque) toujours, soulager parfois, reconforter si possible*". Cette évolution pose la question de la place de l'Homme dans le soin. Elle questionne aussi la définition de la santé qui, selon F. Cusset (2008) « *est à la fois construction culturelle et éthique personnelle* ».

Soins

Comment les ergothérapeutes envisagent-ils la santé et le soin dans ce contexte ? Pour les ergothérapeutes, l'activité signifiante et significative permet de donner un sens à sa vie. Il s'agit d'une approche bio-psycho-sociale non médicamenteuse fondée sur l'activité et la relation. Selon Rabow (1994) cité par Duncan en 2006, le paradigme de l'ergothérapie a évolué dans le courant du XXe siècle en lien avec l'évolution des connaissances médicales et de la société. Aux Etats-Unis, au début du XXe siècle, en Europe un peu après, l'ergothérapie se fondait sur l'importance de l'activité pour l'être humain, le soin en ergothérapie étant centré sur l'amélioration du fonctionnement de la personne par sa mise en activité. Au milieu du XXe siècle et encore récemment en Europe, les connaissances médicales ont permis de mieux comprendre le fonctionnement des systèmes internes (neurologique, psychique, cognitif, musculo-squelettique...), d'où un soin en ergothérapie centré sur l'amélioration de ces systèmes pour permettre l'activité. Avec l'émergence d'une compréhension plus systémique de la santé et des soins, l'ergothérapie a mis en évidence l'importance de l'environnement et de la complexité des situations de vie, privilégiant maintenant l'amélioration de l'interaction personne-activité-environnement. Cette conception du soin est particulièrement utile pour les personnes confrontées à la douleur chronique et au handicap.

¹ Director, Occupational Therapy Institute, Bordeaux University Hospital, 33076 Bordeaux, France
marie-chantal.morel@chu-bordeaux.fr

Le modèle de la rivière *kawa*

Dans ce contexte, des modèles de compréhension de la santé et du soin en ergothérapie ont été élaborés par des ergothérapeutes dans notre culture occidentale mais aussi récemment en Orient. Les modèles occidentaux reposent sur l'amélioration des activités de la personne dans son environnement, selon ses projets et le sens qu'elle donne à sa vie. Le développement de l'indépendance physique et de l'autonomie psychique de l'individu sont particulièrement recherchés, en lien avec les valeurs fondamentales de notre culture occidentale. Ces modèles étant difficiles à comprendre et à utiliser par de nombreux ergothérapeutes japonais, Michael Iwama, ergothérapeute canadien d'origine japonaise, s'est intéressé aux spécificités culturelles du Japon. Il a élaboré un nouveau modèle conceptuel : le modèle Kawa (rivière) avec un groupe d'ergothérapeutes japonais pour mettre en évidence le sens de l'ergothérapie au Japon. Ce modèle est fondé sur la culture et sur l'importance de la métaphore de la rivière. La vision du monde par les japonais est très différente de notre vision occidentale. Dans nos cultures judéo-chrétiennes, Dieu est au-dessus de tout, les hommes maîtrisent les animaux et la nature. L'idéal de l'homme est de s'individualiser et de surpasser les autres grâce à ses qualités, ses compétences et ses réussites. Au contraire, au Japon, chaque individu cherche à être en harmonie avec les autres et avec la nature, Dieu est en tout. Une certaine hiérarchie sociale existe mais elle est liée à l'âge, à l'appartenance à la famille ou à l'entreprise. L'ancienneté est plus valorisée que les compétences. Ces différences de positionnement ont été remarquées lors des Jeux Olympiques : les athlètes occidentaux attribuent couramment leur victoire à leurs performances individuelles et à leur volonté, alors que les athlètes japonais attribuent leur victoire à leur entourage, leurs supporters et à la conjonction de différents facteurs ici et maintenant. Dans leur questionnement sur le sens de l'ergothérapie au Japon, Michael Iwama et ses collègues ont fait émerger quatre éléments de la pratique en interaction réciproque :

- les facteurs environnementaux (harmonie avec la nature et la structure de la société)
- le cours de la vie et de la santé (force de vie)
- les déterminants personnels (positifs et négatifs, atouts et handicaps)
- les circonstances de vie et les problèmes.

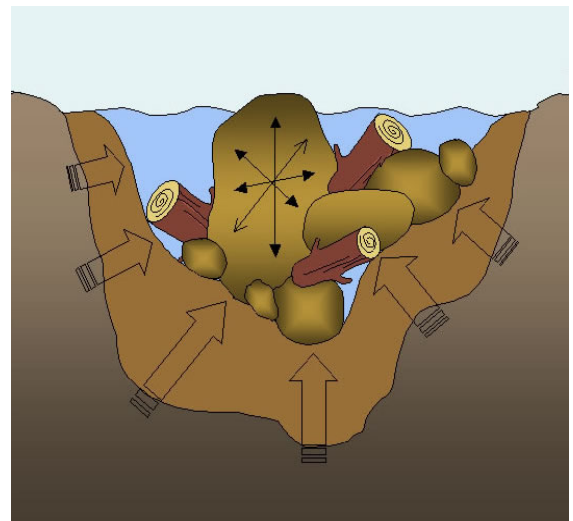
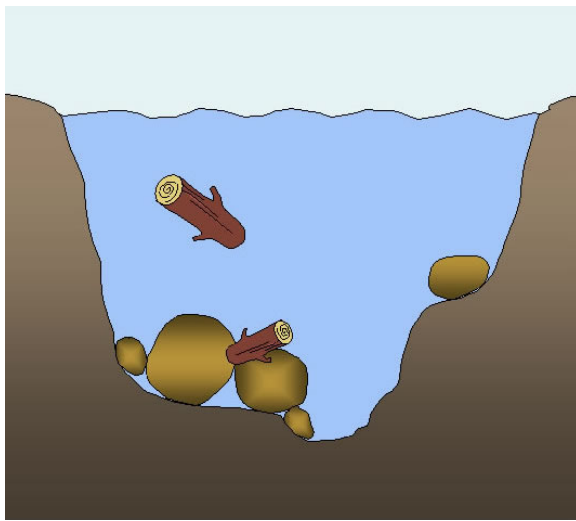
Evaluation subjective de la situation

La proximité des japonais avec la nature et leur facilité à utiliser des métaphores liées aux éléments naturels les a rapidement poussés à représenter ces éléments autrement : c'est la métaphore de la rivière qui s'est imposée comme représentation de la vie. La rivière prend naissance à sa source. Son cheminement représente le cours de la vie. Sa fin dans la mer évoque la mort.



Figure 1 : dessin de la rivière [voir aussi « Coupe 1 » et « Coupe 2 » Fig. 2 & 3]

La rivière est inséparable de son environnement : les liens sont étroits et réciproques entre la nature du terrain (pente, roches ou sable..) et la force du courant. En d'autres termes, la force de vie est inséparable de l'environnement physique, social et politique de la personne. L'eau (en japonais : Mizu) représente la vie, l'énergie et la santé, c'est l'agir continu du vivant, la permanence du sentiment d'être. L'eau peut parfois être ralentie par des obstacles, ce sont les rochers qui représentent les problèmes (difficultés, maladie, échec...). Ils sont lourds, plus ou moins gros et peu mobiles. Dans l'eau, il y a également du bois à la dérive qui peut parfois bloquer aussi le courant mais parfois peut aider à faire bouger les rochers ou les obstacles: ce sont les atouts et handicaps de la personne qui sont des éléments positifs ou négatifs selon le contexte.



Figures 2 et 3 : Les coupes 1 et 2 (Fig. 1) de la rivière à différents moments

Lorsqu'on observe une coupe de la rivière à un moment et un endroit donnés, ces différents éléments interagissent entre eux et décrivent de façon métaphorique la force du courant de vie de la personne, telle qu'elle se la représente. En effet, cette métaphore de la rivière est proposée aux personnes bénéficiant d'ergothérapie afin de les aider à représenter subjectivement leur situation de vie. Il s'agit vraiment de dessiner les circonstances de vie selon la représentation qu'en a la personne. Dès qu'il y a besoin d'améliorer le courant d'eau, il y a besoin d'ergothérapie. L'ergothérapie cherche à accompagner les personnes en difficulté dans leur processus de changement pour les aider à trouver ou retrouver une harmonie et un agir qui leur permettront d'améliorer leur santé et leur bien-être. Ce processus se fonde sur une connaissance approfondie de la personne, de ses valeurs, de son contexte afin de l'aider à élaborer un projet de vie satisfaisant. Le dessin de la rivière par la personne est une *première étape*.

Dans un objectif d'évaluation subjective de la situation, la *deuxième étape* est la discussion sur les éléments représentés et leurs interactions ainsi que les actions qui peuvent être menées pour faciliter le courant. Différentes stratégies peuvent être utilisées : s'attaquer aux rochers pour les casser, les éroder, débloquent le bois à la dérive en transformant positivement certains éléments négatifs dans le contexte actuel, diminuer les contraintes de l'environnement en agissant sur les rives et le fond de la rivière (famille, institution, système politique, environnement matériel). Parfois, certains blocages peuvent paraître très éloignés de la pathologie, comme une contrainte pesant sur le reste de la famille, cependant la vision

systémique du modèle implique de prendre en compte tous les éléments apportés par la personne.

La troisième étape sera la négociation avec la personne des stratégies à mettre en place pour améliorer le courant. Ce qui est alors le plus important est de l'aider à s'engager personnellement et activement dans ce processus de changement. Faire converger l'eau pour éroder les rochers, bousculer les obstacles est la métaphore qui peut aider la personne à se servir de ses propres capacités et de sa « force de vie » pour agir sur sa santé et son bien-être. Lorsque ces différentes actions thérapeutiques auront été accomplies, un nouveau dessin en coupe de la rivière pourra être réalisé. Les rochers n'auront certainement pas tous disparus, mais la situation de blocage devrait être améliorée, ce qui devrait se représenter par un courant d'eau facilité. La satisfaction de la personne est un critère important d'évaluation.



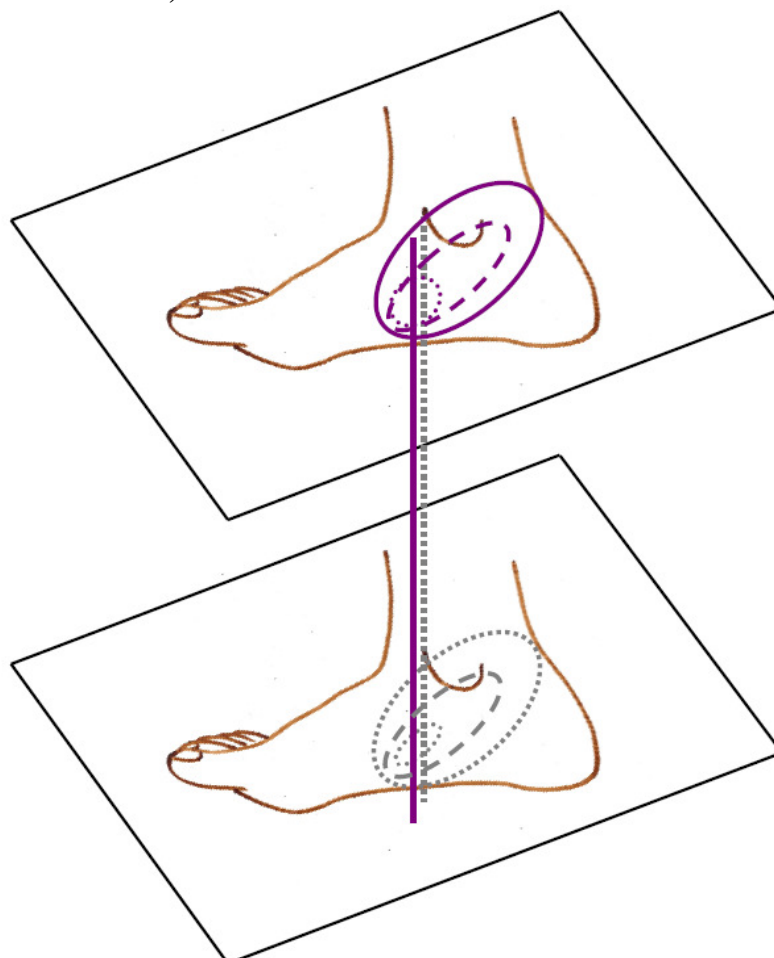
Conclusion

Globalement, le modèle Kawa (rivière) est un modèle intuitif qui devrait permettre une introspection et une évaluation subjective et systémique de la situation de la personne. Il évite de la forcer à s'adapter à des évaluations ou à des orientations thérapeutiques qui ne correspondraient ni à sa culture, ni à ses valeurs personnelles. Selon Michael Iwama, la théorie de l'ergothérapie devrait être reliée à ce qui importe aux personnes et à ce qui leur paraît essentiel dans leur propre vie. C'est un modèle très respectueux de la personne. Il exige une relation de confiance entre le thérapeute et le bénéficiaire, mais n'est-ce pas une condition indispensable pour avoir un impact thérapeutique ? Divers travaux de recherche en Europe ont montré l'intérêt de ce modèle pour des personnes de culture occidentale. Toutefois, notre représentation de la vie, de l'activité et du « moi » peut être très éloignée de la métaphore de la rivière comme elle est comprise au Japon. Une appropriation du modèle par les ergothérapeutes qui veulent l'utiliser et une explication claire pour les bénéficiaires seront indispensables pour son exploitation.

Bibliographie

- Châtel, T. (2009) Le défi d'une performance à visage humain : réflexions à partir du champ de la santé, Recueil du Colloque "*Médecine: de la performance aux risques?*" 24 mars 2009, CFPPS, Bordeaux.
- Cusset, F. (2008) Votre capital santé m'intéresse. *Le Monde Diplomatique*, Paris, Janvier, p.28
- Duncan, E. (2006) Foundations for Practice. In *Occupational Therapy*, (4th ed.) Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, p. 30
- Iwama, M. (2006) *The Kawa Model*, Philadelphia, Churchill livingstone Elsevier, 241 p
- Leriche, R. (1937) *La chirurgie de la douleur*. Paris : Masson.
- Morel-Bracq, M.-Ch. & Iwama, M. (2008) Un nouveau modèle en ergothérapie : le modèle Kawa (rivière). In M.-H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 21^{ème} série, (pp. 23-30). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- OMS (1946) Préambule à la constitution de l'OMS
- OMS (2001) *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève : OMS, 220 p.

Images in Somatosensory Rehabilitation Nb 6

To MD To neuroscientist To patient To therapist Spicher², C.J. & Della Casa, R.³

$\delta = 8$ millimeter (case Nb 19)

Static Mechanical Allodynia



Underlying Hypoaesthesia



Paradoxical Painful Hypo-aesthesia of *the saphenous nerve*:

Three successive allodynographies and then three successive underlying hypoesthesias through somatosensory rehabilitation. δ : the distance between the centre of the last allodynography and the centre of the last aesthesiography

Reference:

Spicher, C.J., Ribordy, F., Mathis, F., Desfoux, N., Schönenweid, F. & Rouiller (2008). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie: Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul. & Analg.*, 21, 239-251 <http://doc.rero.ch/record/11327?ln=en>

² University Scientific Collaborator, Unit of Physiology and Program in Neurosciences, Department of Medicine, Fribourg, Switzerland <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php>

³ Somatosensory Rehabilitation Centre ; 6, Hans-Geiler Street; 1700 Fribourg, Switzerland

No Comment Nb. 16

To MD To neuroscientist To patient To therapist 

Della Casa, R. (OT), Desfoux, N. (OT), Strehle, J. (M.D.) & Spicher, C.J. (OT).

Mrs. E. is a 42 years old woman sent to the Somatosensory Rehabilitation Centre with the diagnosis of chronic pain syndrome for 10 years.

Somatosensory diagnosis on the 28th of May 2008:

- Incessant sciatic neuralgia of the *intermediate dorsal cutaneous nerve of the superficial peroneal nerve* with mechanical allodynia (axonal lesions stage IV).

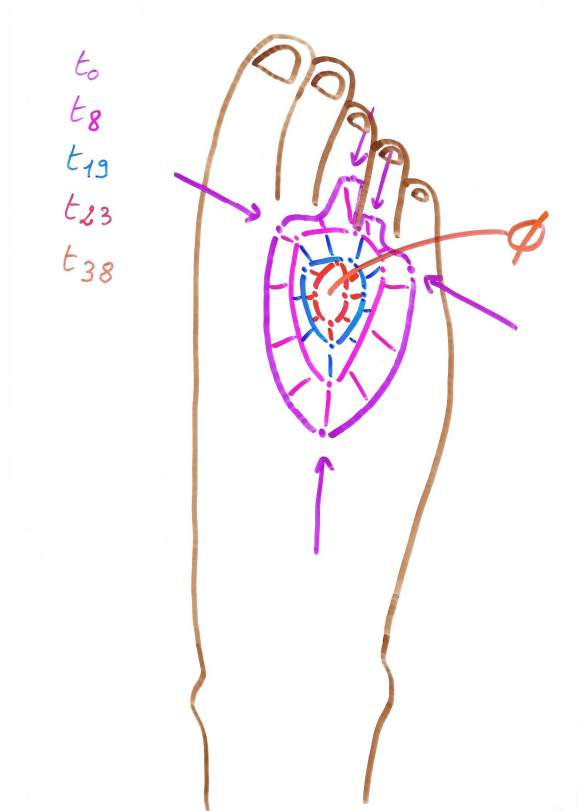


Fig. 1 : Successive allodynographies at 15 grams of the *intermediate dorsal cutaneous nerve of the superficial peroneal nerve* from the 28th May 2008 to the 10th Octobre 2008, of the dorsal side of the foot. The arrows indicate the axes along which the perception of 15 grams has been tested. The points are the ones at which, the application of the 15 grams aesthesiometer is perceived as painful.

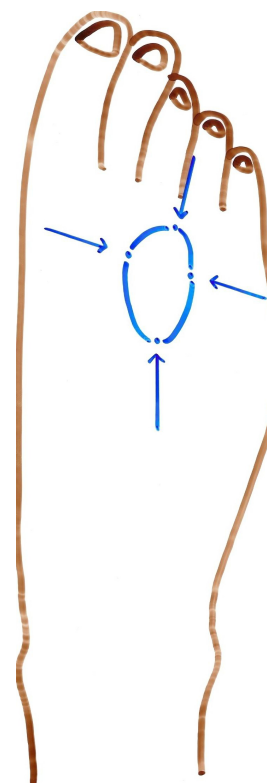


Fig. 2 : Secondary aesthesiography of the *intermediate dorsal cutaneous nerve of the superficial peroneal nerve*, tested on the 10th October 2008, with a 0,7 gram aesthesiometer (*Semmes-Weinstein aesthesiometer mark 3.84*) on the dorsal side of the foot. It draws the hypoesthetic territory: the portion of skin where this aesthesiometer is not detected. The arrows show the axes along which it is applied. The points indicate where the application of the 0,7 gram aesthesiometer is not detected.

Date	Cutaneous Territory	Rainbow Pain Scale / PPT	The static two-point discrimination test	McGill Pain Questionnaire / 100 pts	Stage
28 May 2008	Allodynic	GREEN	Intestable	27 to 53 pts	IV
24 July 2008	Allodynic	BLUE	Intestable	3 to 28 pts	III
27 August 2008	Allodynic	INDIGO	Intestable	0 to 9 pts	III
3 September 2008	Allodynic	VIOLET	Intestable	ND	III
10 October 2008	Hypoaesthetic	1.3 gram	ND	ND	III
20 October 2008	Hypoaesthetic	ND	77 mm	ND	III
27 October 2008	Hypoaesthetic	0.5 gram	ND	ND	III
11 November 2008	Hypoaesthetic	ND	35 mm	ND	III
2 nd December 2008	Hypoaesthetic	ND	25 mm	0 to 3 pts	I

Table 1: The decrease of the McGill Pain Questionnaire score is correlated with the disappearance of the mechanical allodynia, and then with the decrease of the underlying hypoaesthesia (Perception Pressure Threshold and static two-point discrimination test).

Témoignage No 21 d'une patiente „Litatoli ya misapi na ngai“

To MD  To neuroscientist  To patient  To therapist 

Bandeko na ngai,

Nazali n'esengo ya koyebisa bino litatoli na ngai ya misapi ya lokolo. Esali ba mbula na zalaki komona pasi, pona lata sapato misapi ezali ko sala ngai tangu mosusu ezali kokangama! Tangu na yei na poto na kei komona munganga ya lokolo mbala liboso, ayebisi ngai ke akopasola likolo ya misapi pona alongola musisa oyo ezali kosala ngai pasi.

Bambula eleki nazali koyoka kaka passi...nakei komona munganga mususu atindi ngai epai ya muninga na ye, asali bilili pona ayeba eleko nini akoki kosala. Amoni eloko te nde atindi ngai epayi na ndako ya sensibilisation na yebaki yango ata muke te! Ata mobali na ngai adimaki te na lobiko oyo nazali kotatolela bino, ezali nzela mulayi nde pona lobiko.

Lelo na zali n'esengo mingi ,nakomi kolata sapato sans namona pasi, mingai nazali koyoka lisusu te,nakoki kobeta balé na bana na ngai sans nayoka pasi. Nandimaki mais lelo ngai moko na zui lobiko. Botia tembe te na oyo bokotanga... E.R.D.

 <p>SOMATOSENSORISCHES REHAZENTRUM</p> <p>Ergotherapie Abteilung Hans-Geiler-Str. 6 RCC : K 0324.10 1700 FREIBURG</p> <p>reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch</p>	 <p>WEITERBILDUNG</p>
--	--

BRENNENDE SCHMERZ VERMINDERN MITTELS SOMATOSENSORISCHER REHABILITATION

PROBLEMSTELLUNG

Wie wollen wir die Hoffnung auf ein anderes Morgen wieder erwecken, wenn uns Patienten, die uns anvertraut werden, mit gequältem Gesichtsausdruck anschauen, weil sie bereits zu lange unter zuviel Schmerz leiden:

Indem sie weniger elektrische Entladungen, weniger brennende Empfindungen usw. erleben oder kurz gesagt mittels der Reduktion ihrer peripherer neuropathischer Schmerzen.

In der grossen Mehrheit zeigen chronische Schmerzpatienten Störungen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität). Die Reduktion der Hypoästhesie (Bsp. Schwelle der Druckempfindung) trainiert gleichzeitig auch eine Verminderung ihrer neuropathischen Schmerzen (Bsp. McGill Schmerzfragebogen).

GENERELLE ZIELE

- Behandeln der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität) auf der Basis der Neuroplastizität der Somatosensorik zur Reduktion der chronischen neuropathischen Schmerzen
- Durch die Rehabilitation/Behandlung der Sensibilität der Haut soll Schmerzkomplikationen vorgebeugt werden
- Brücken schlagen zwischen der Rehabilitation, der Medizin und der Neurowissenschaft (Neuroplastizität)

DETAILLIERTE INHALTE

- Erfassen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität): Aesthesiographie, statischer 2-Punkte-Diskriminationstest, Tinelzeichen und somatosensorische Symptome, Schwelle der Druckempfindung, usw.
- Erfassen der neuropathischen Schmerzsyndrome mittels McGill Schmerzfragebogen: mechanische Allodynie, Sudeck, Neuralgie, Polyneuropathien, usw.
- Behandlungsplanung bei chronischen Schmerzkomplikationen
- Einbringen der Kenntnisse des ZNS in die Rehabilitation der neuropathischen Schmerzen und umgekehrt

KURSLEITUNG

Claude Spicher, Ergotherapeut, zert. Handtherapeut SGHR im Somatosensorisches Rehasentrum, Clinique Générale, 1700 Fribourg, Schweiz

Irene Inauen, Ergotherapeutin in Praxis für Handrehabilitation, 4310 Rheinfelden, Schweiz

Datum	2. -5. Juni 2009
Kurszeiten	9 Uhr – 12 Uhr & 13 Uhr – 17 Uhr
Dauer	28 Stunden
Ort	Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg
Preis	CHF 980.- (Arbeitsdokumente auf Deutsch, Handbook in English inkl.)
Literatur	Spicher, C.J. (2006). <i>Handbook for Somatosensory Rehabilitation</i> . Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

Information und Anmeldung

Anmeldeschluss: den 30. April 2009

Irene Inauen

Lindenstrasse 10c

CH - 4310 Rheinfelden

Fax: +41 61-833 12 26 – Ev. Tel: +41 61-833 12 25

Anmeldetalon

Kurstitel : Behandlung der chronisch neuropathischen Schmerzsyndrome mittels somatosensorischer Rehabilitation

Name, Vorname :

Adresse:

PLZ Ort:

Tel : e-mail:

Datum: Unterschrift:

Anmeldung an (Anmeldeschluss: **den 30. April 09**):

Irene Inauen, Lindenstr. 10c, CH -4310 Rheinfelden

Fax: +41 61-833 12 26

Neues Heimprogramm

To MD To neuroscientist To patient To therapist Clément-Favre⁴, S. & Spicher⁵, C.J.

Mehrmals täglich mit *kalten* Auflegungen gegen *brennende* Empfindungen kämpfen

- **Indikation :**
Brennende Empfindungen mit neuropatischem Schmerzsyndrom.
- **Kontraindikation :** Ø
- **Lokalisation :**
Nachbares Innervationsgebiet UND nicht-cousines Innervationsgebiet der Nervenast, die *brennenden* Empfindungen provoziert.
- **Häufigkeit :**
8 Mal in der Tag NACH den sensorischen Rehabilitation Übungen.
- **Zeitdauer :**
30 Sekunden
- **Therapeutischemittel :**
Eiswürfel oder *Perskindol Cool Kühl-GEL*
- **Neurophysiologische Prinzip:**
Dem somatosensorischen System wieder *kalte* Wahrnehmungen statt abwegige – aber real – *brennende* Empfindungen lernen.
- **Kontratherapeutischemittel :**
Perskindol Cool Pflaster (der 6 Stundenlang Effekt löst eine kalte schmerzende Empfindung aus).
- **Kontratherapeutische Lokalisation :**
Direkte Auflegen oder auf einem cousinen Innervationsgebiet (es erhöht die brennende Empfindungen).

Beispiel 1 : *BRENNENDE* Empfindungen auf die dorsale radiale Region der Hand
Innervationsgebiet : ramus superficialis nervi radialis
Perskindol Cool Kühl-GEL auf dem zweiten Palmariswinkel der Hand *Innervation:* Nervus digitalis palmaris communis II nervi medianus, Nachbar, aber nicht Cousin Nervi ulnaris

Beispiel 2 : *BRENNENDE* Empfindungen auf die volare radiale Region des Handgelenkes
Innervationsgebiet : ramus cutaneus palmaris nervi medianus
Perskindol Cool Kühl-GEL auf dem ulnaren Rand des Handgelenkes legen *Innervation :*
Ramus cutaneus palmaris nervi ulnaris, Nachbar, aber nicht Cousin Nervi medianus

⁴ Somatosensibles Rehasentrum, Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg.
reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

⁵ Universität Freiburg, Departement für Medizin, Physiologie Unität (Prof. EM Rouiller), Ch. du Musée 5, 1700 Freiburg, <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php>

Wenn die Schmerzen Ihrer Patienten Sie nicht kalt lassen:



**Perskindol Cool Gel wirkt durch seinen kühlenden Effekt schmerzlindernd.
Dringt rasch in die Haut ein.**

Lesen Sie die Packungsbeilage.
Vifor SA, 1752 Villars-sur-Glâne.

 Vifor Pharma

OriginalartikelTo MD To neuroscientist To patient To therapist **Chronisch neuropathischen Schmerz vermindern
mittels somatosensorischer Rehabilitation**Clément-Favre, S.⁶, dipl. Ergotherapeutin,Grass, A.⁷, dipl. Ergotherapeutin,Spicher, C.J.^{2,8}, dipl. Ergotherapeut, wissenschaftlicher Mitarbeiter

La méthode de rééducation sensitive est présentée (Clément-Favre & Spicher, 2008) par le biais de son paradigme, à savoir : « Rechercher l'hypoesthésie, car diminuer l'hypoesthésie diminue les douleurs neuropathiques ». L'ergothérapeute va observer les troubles de la sensibilité si, et seulement si, il sait par avance qu'il a, à sa disposition, une nouvelle méthode de traitement pour traiter le patient qui lui est confié. La rééducation et ses effets sont présentés : par le biais du Questionnaire de la douleur St-Antoine qui permet d'évaluer les symptômes douloureux du patient et par le biais de l'indicateur des traitements médicamenteux : le Number Needed to Treat (NNT). La corrélation importante, et forte (Cov = 15,7) entre la diminution de l'hypoesthésie et la diminution des douleurs neuropathiques est démontrée. La rééducation de l'hypoesthésie basée sur la neuroplasticité du système somesthésique est décrite. La 2^{ème} partie de l'article relate l'évaluation et la rééducation des patients neuropathiques chroniques : le raisonnement clinique du rééducateur débutant, la cartographie de l'hypoesthésie, ou le cas échéant de l'hypoesthésie douloureuse au toucher, et surtout le choix de la stratégie thérapeutique en fonction du status de la peau. En conclusion, les possibilités pour en savoir plus sont énumérées.

Somatosensory rehabilitation is presented (Clément-Favre & Spicher, 2008) by means of its paradigm which is: *Look for hypoesthesia, because, by decreasing hypoesthesia neuropathic pain decreases.* Occupational therapists are going to observe cutaneous sense disorders if, and only if they know beforehand that they can offer a new treatment to the patients they are taking care of.

⁶ Ergotherapeutin des somatosensory Rehabilitation Zentrums, Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg. reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

⁷ Erkannte Ergotherapeutin des somatosensory Rehabilitation Zentrums, Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg. reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

⁸ Universität Freiburg, Departement für Medizin, Physiologie Unität (Prof. EM Rouiller), Ch. du Musée 5, 1700 Freiburg, <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/>

Somatosensory rehabilitation and its effects are presented: by means of the Mc Gill pain questionnaire which allows the assessment of the patients pain symptoms and by means of the pharmacological treatment indicator: The number needed to treat (NNT). The important and strong correlation (Cov=15.7) between the decrease of hypoesthesia and the decrease of neuropathic pain is demonstrated. The rehabilitation of hyposensitivity based on the neuroplasticity of the somatosensory system is described. The second part of the article tells about the assessment of patients with chronic neuropathic pain: Clinical reasoning of a beginning reeducator, the mapping of the zones of hypoesthesia or when it occurs, that are hypertensive to touch and especially the therapeutic strategy which will be chosen according to the status of the skin. As a conclusion, the ways to learn more about it are enumerated.

EINLEITUNG

Die Methode der somatosensorischen Rehabilitation könnte durch einen kurzen medizinischen Überblick der Beiträge zu diesem Thema präsentiert werden: Jean Joseph Emile Létiévant (1830-1882), Vater der somatosensorischen Untersuchung, Chefarzt der Chirurgie am Hôtel-Dieu Krankenhaus in Lyon [Létiévant, 1873; Spicher & Kohut, 2001], Silas Weir Mitchell, Vater der Kausalgie, welche durch kleine Läsionen von Ästen der Hautnerven verursacht wird und erkenntlich als „kochende“/ „siedende“ Empfindung ist: „als ob Eier in den Gliedmaßen gekocht würden“ [Mitchell, 1872,1874] und Jules Tinel, einer der Väter des distalen Zeichen der Nervenregeneration [Tinel 1916,1917; Spicher *et al.*, 1999].

Die Methode der somatosensorischen Rehabilitation könnte auch durch ihre fünf Techniken präsentiert werden:

1. Die Rehabilitation der Hyposensibilität, oder genauer gesagt des Gebietes der Hypoästhesie [Dellon, 1988,2000],
2. Die Desensibilisierung am Ort der axonalen Läsionen [Barber, 1990; Spicher& Kohut, 1996],
3. Die entfernte vibrotaktile Gegenstimulation in Anwesenheit einer möglichen mechanischen Allodynie [Spicher, 2003, 2006; Spicher *et al.*, 2008],
4. Die Rehabilitation der darunterliegenden Hypoästhesie [Degrange *et al.*, 2006a]
5. Das Abklingen der Ausstrahlungsprovokationzeichen durch Vibration [Spicher *et al.*, 2006].

Wir ziehen es vor, die Methode der somatosensorischen Rehabilitation durch ihre Paradigmen einzuführen: „*Hypoästhesie suchen, denn durch vermindern der Hypoästhesie vermindern sich neuropathische Schmerzen*“.

Durch eine somatosensorische Erfassung und Behandlung kann einem Patienten mit neuropathischen Schmerzen (NSP) eine Rehabilitations-Methode angeboten werden, die ihn aus seinen Behinderungssituationen führt und so allmählich seine verlorenen Lebenswohnhheiten wiedergewinnen lässt.

SOMATOSENSORISCHE REHABILITATION

(...) *vermindern sich neuropathische Schmerzen*

Symptome

Um chronisch neuropathische Schmerzen geeignet zu erfassen, sind die Symptome des Patienten während der letzten 24 Stunden zu dokumentieren und zu bewerten. Der McGill Schmerz-Fragebogen ist ein wichtiges Werkzeug um diese komplexe somatosensorische Störungen zu beurteilen. Der Fragebogen besteht seit 30 Jahren und ist mittlerweile in über 30 Sprachen verfügbar. In der Verbandszeitschrift von schweizerischen Physiotherapeuten (Schweizer Verband der Physiotherapeuten) haben Mathis *et al.* (2006) gezeigt, wie die somatosensorische Rehabilitation die neuropathischen Schmerzsymptome vermindern kann.

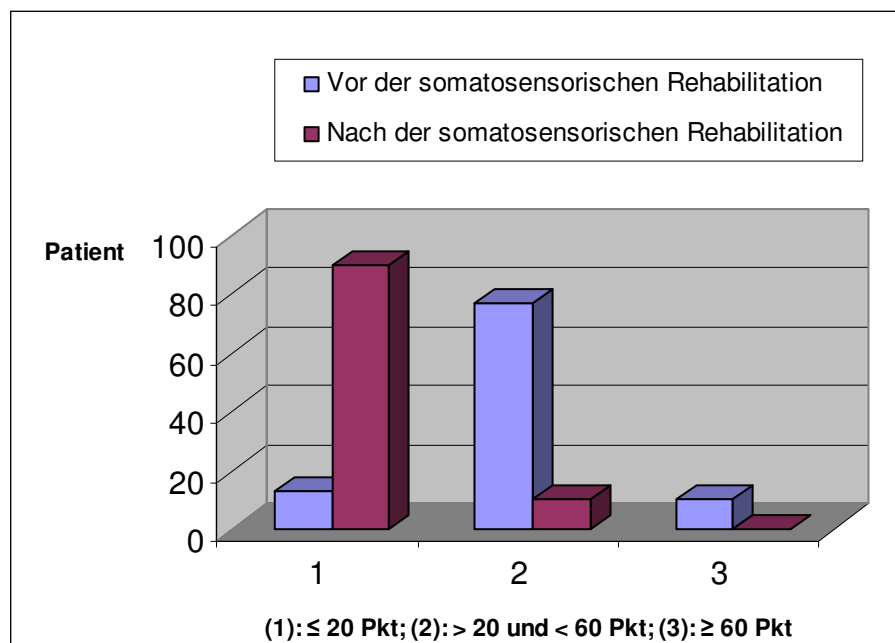


Tabelle I: Verteilung der Score aus dem McGill Schmerz-Fragebogen vor und nach der somatosensorischen Rehabilitation (*Anzahl* = 111 Patienten). Diese Tabelle wurde von der französischen Originalversion [Mathis *et al.*, 2006] in die deutsche Version übertragen.

Number Needed to Treat

Um in der Medizin den Erfolg einer pharmazeutischen Behandlung zu berechnen, wird gerne auf den Index des Number Need to Treat (NNT) zurückgegriffen. Die Frage, die sich stellt, ist folgende: wie vielen Patienten muss eine pharmazeutische Behandlung verordnet werden, bis eine erfolgreiche Behandlung eintritt. Als Beispiel: ein $NNT = 4.0$ bedeutet, dass von vier Patienten mit gleicher Medikation, nur einer auf die Behandlung ansprechen wird. In der Therapie von neuropathischen Schmerzen kann die Behandlung als erfolgreich angesehen werden, wenn der Patient im McGill Schmerz-Fragebogen eine Schmerzverminderung von 50% angibt. In der Schweizerischen Zeitschrift für Medizin konnte Mathis, *et al.* 2007 zeigen, dass somatosensorische Rehabilitation neuropathische Schmerzsymptome bei Femoralisneuralgie verringern kann.

Beendete Behandlung	Abgebrochene Behandlung
32 / 36 = 89 % NNT = 1.1 (36 / 32)	1 / 23 = 4 % NNT = 23 (23 / 1)
33 / 59 = 56 % NNT = 1.8 (59 / 33)	

Tabelle II: Patienten mit chronischen Schmerzen bei Femoralisneuralgie, die mit der somatosensorischen Rehabilitation Methode behandelt wurden. (*Anzahl* = 59). In der somatosensorischen Rehabilitation wird von einem erfolgreich behandelten Patienten gesprochen, wenn die reduzierten Schmerzen einer Schmerzverminderung von 50% im McGill Schmerz-Fragebogen entsprechen (NNT: Number Needed to Treat). Diese Tabelle wurde von der französischen Originalversion [Mathis *et al.*, 2007] in die deutsche Version übertragen.

*(...) denn durch vermindern der Hypoaesthesie,
vermindern sich neuropathische Schmerzen*

Erklärung für den Patienten

Das somatosensorische Werkzeug des Therapeuten zur Reduktion von neuropathischen Schmerzen ist die Rehabilitation der Hyposensibilität. Das Ziel dieser Technik ist die Verringerung der Hypoästhesie, insbesondere das Herabsetzen der Schwelle der Druckempfindung (SDE). In der Ausgabe von [Degrange *et al.*, 2006b konnte eine Korrelation zwischen der Verminderung der Schwelle der Druckempfindung und der reduzierten Punktzahl des McGill Schmerz-Fragebogens aufgezeigt werden: $Kov_{xy} = 15,3$. Mit anderen Worten, diese Kovarianz ist wichtig. Mit Hilfe folgender Tabellen kann der

Therapeut dem Patienten das Ziel der somatosensorischen Rehabilitation am besten erklären.
(als eine Erwachsene Fortbildung).

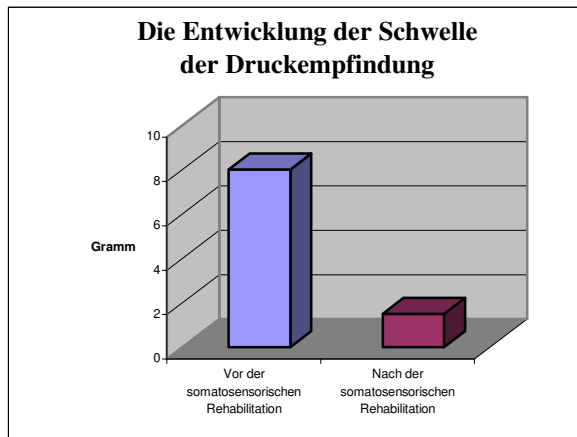
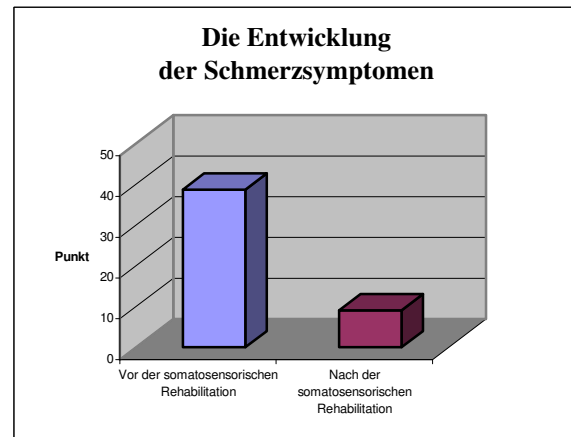
**A****B**

Tabelle III: Schwelle der Druckempfindung und die Punktezahl des McGill Schmerz-Fragebogens korrelieren; **A**: Die Entwicklung der Schwelle der Druckempfindung, in Gramm, vor und nach somatosensorischen Rehabilitation; **B**: Die Entwicklung der Schmerzsymptome, in Punkten, vor und nach somatosensorischer Rehabilitation [Anzahl = 123 Patienten mit chronischen neuropathischen Schmerzen, Degrange *et al.*, 2006b].

Die Rehabilitation der Hyposensibilität

Die Rehabilitation der Hyposensibilität erfolgt in den Therapie-Sitzungen und und bei der Durchführung eines vom Therapeuten gezielt instruierten Heimprogramms. Die Technik hängt von der Qualität der Hypoaesthesie ab: Die "Alles-Berühr-Therapie" wird bei einer leichten Hypoaesthesie angewendet und die "Rehabilitation der Linienführung" ist bei einer starken Hypoästhesie zu wählen. Die "Alles-Berühr-Therapie " bedeutet, dass der Patient das Gebiet der Hypoästhesie mit allem, was ihm über den Tag in die Hände fällt, berührt und anschliessend seine Empfindungen mit einem Gebiet normaler Sensibilität vergleicht. Kurz gesagt, der Patient vergleicht seltsame Empfindungen mit ihm bekannten. Dieser Aspekt der Rehabilitation der Hyposensibilität ist sehr wichtig, da sie einen Vergleich zwischen dem vorherigen Tastsinn und somit indirekt mit dem Leben vor dem Unfall erlaubt. Allerdings ist einmal die Woche eine Therapiesitzung erforderlich, damit das Heimprogramm des Patienten kontrolliert und bei Veränderung der Sensibilität allenfalls adaptiert werden kann. Ohne diese gezielten Anweisungen des Therapeuten konfrontiert der Patient sein hypoästhetisches Gebiet oft mit inadäquaten Stimuli, was vermehrt zu Schmerzen, Frustration und somit zu einem Misserfolg der Rehabilitation führen kann.

Die Rehabilitation der Hyposensibilität basiert am ehesten auf der Grundlage der Neuroplastizität des somatosensorischen Systems.

TESTUNG & REHABILITATION

Hypoaesthesie suchen, denn durch vermindern der Hypoaesthesie vermindern sich neuropathische Schmerzen

Da Sie nun die Gründe für das Erkennen einer Hypoästhesie kennen, stellen wir die Vorgehensweise bei der Erfassung einer Hypoästhesie dar: den „Hypoästhesie-Such-Prozess“. (Abb. 1), Der Grundstein für diesen Prozess ist die Vermutung, welcher Ast eines Hautnerves betroffen sein könnte.

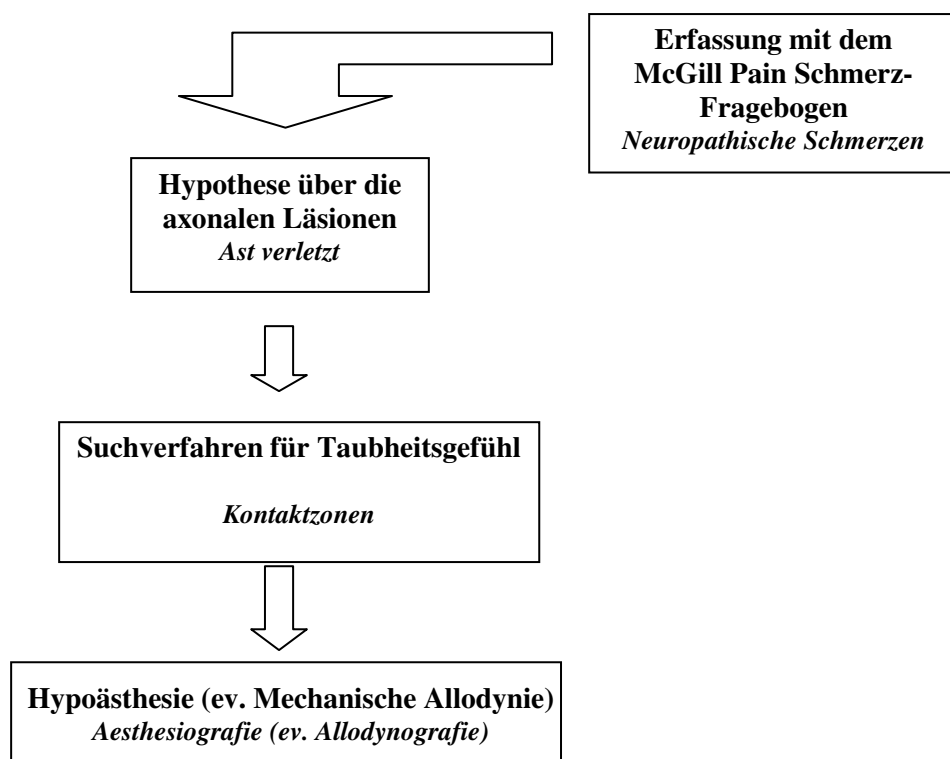


Abb. 1: Von der Symptomatologie bis Semiologie: Von neuropathischen Schmerzsymptomen bis zu klinischen Zeichen.

Die Methode der somatosensorischen Rehabilitation verlangt fundamentale Kenntnisse der Anatomie der Innervationsgebiete der Asten, um eine Hypothese über die axonalen Läsionen aufzustellen.

Aesthesiografie (siehe Anhang A für eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens)

Der Begriff "Aesthesiografie" wird verwendet, weil er sich auf die Kartierung der Hypoaesthesie bezieht. Mittels einer Aesthesiografie [Létiévant, 1869; Spicher & Kohut, 2001; Spicher *et al.*, 2004] kann der Umfang der Hypoaesthesie erfasst und die Annahme des betroffenen Nervenastes bestätigt werden (Abb. 2 und Anhang A). Die Aesthesiografie ist ein

empfindlicher Test und wird als erstes bei der "diagnostischen Erfassung der axonalen Läsionen" ausgeführt. [Noël *et al.*, 2008; Spicher, 2003].

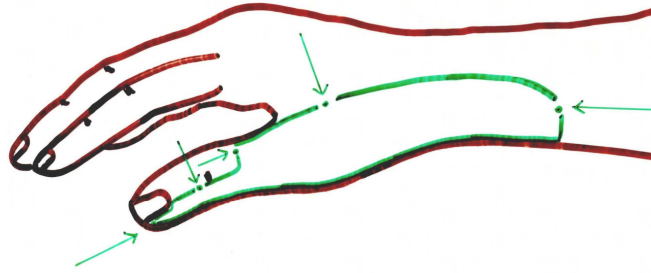


Abb. 2: Radiale Ansicht der rechten Hand: Aesthesiografie 0,7 Gramm (Aesthesiometer von Semmes-Weinstein 3.84) *Ramus superficialis nervi radialis* war am 02.07.08 positiv. Der mit einem Pfeil markierten Punkt ist der erste nicht-wahrgenommene Punkt, welcher auf jeder Achse getestet wurde.

Leider, wie zu verfolgen im unteren Teil der Abbildung 1, musste der Ergotherapeut an Stelle einer Aesthesiografie eine Allodynografie kartografieren: die Haut war nicht taub, sondern überempfindlich. Dies bedeutet, dass der Patient durch einen Reiz, der normalerweise keinen Schmerz verursacht, Schmerz empfindet. (z.B. bei leichter Berührung, "stimulus-evoked pain"), in der Medizin auch "Mechanische Allodynie" genannt.

Allodynografie (Detaillierte Beschreibung des Verfahrens siehe Anhang B)

Die Allodynografie [Spicher *et al.* 2008; Spicher, 2006] ist eine Technik zur Quantifizierung und Kartografierung eines überempfindlichen Gebietes der Haut (Abb. 3 und Anhang B). Die Testung erfolgt durch Variieren der Lokalisation des Stimulus, um den Rand des überempfindlichen Gebietes einzugrenzen. Dieser Test erlaubt visuelle Kontrolle für Therapeut und Patient während der Testung.

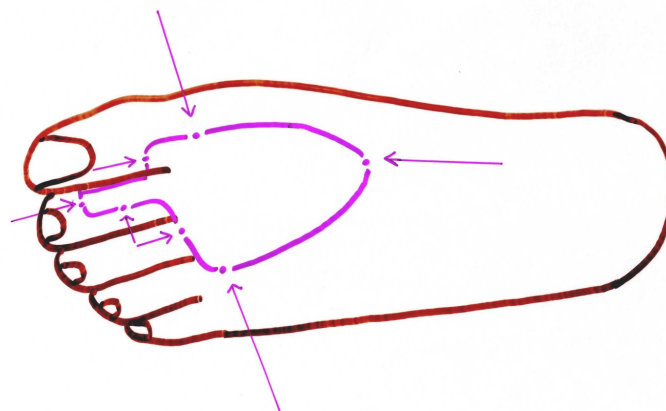


Abb. 3: Dorsale Ansicht des linken Fußes: Allodynografie **15 Gramm** des *Nervus peroneus profundus* (Aesthesiometer von Semmes-Weinstein 5.18) war am 01. 12. 08 positiv. Die mit Pfeilen markierten Punkte zeigen jeweils den ersten Punkt, welcher bei Applikation von 15 Gramm Schmerzen auf dem linken Fußrücken auslöste.

Physikalisches Therapie-Management

Bei der ersten Therapiesitzung stellt der Therapeut mittels einer Aesthesiografie oder mittels Allodynografie eine Taubheit oder eine Überempfindlichkeit der Haut auf Berührung fest. Je nach Befund wählt der Ergotherapeut zwischen zwei Techniken:

- entweder die Rehabilitation der Hyposensibilität mittels „Alles-Berührtherapie oder Linienführungstherapie“, welche direkt auf dem hypoästhetischen Gebiet appliziert wird,
- oder die Rehabilitation der Allodynie mittels entfernter vibrotaktile Gegenstimulation (EVGS), welche in einiger Entfernung zum allodynschen Gebiet appliziert wird. Die Aufgabe des Therapeuten ist es nun eine begrenzte Hautzone, auf welcher die EVGS angewendet werden soll, zu bestimmen. Die EVGS werden sowohl in der Therapie mittels Applikation des Vibradols sowie auch als Heimprogramm, welches 6-mal täglich mit taktilen Stimuli (Kaninchenfell) während 1 Minute oder weniger auf der zuvor definierten Hautzone ausgeführt wird. Des Weiteren besteht die Aufgabe des Ergotherapeuten darin die Hautzone, welche so wenig wie möglich berührt werden sollte, zu definieren und dies dem Patienten zu instruieren.

Die entfernte vibrotaktile Gegenstimulation [Spicher *et al.*, 2008; Degrange *et al.*, 2006a; Spicher 2003] ist eine neue Technik, die sich den Vibradol, ein taktiler Vibrations-Gerät zu nutze macht. Es wird so eingesetzt, dass der Patient einen nicht-nozizeptiven Stimulus wahrnimmt, in einer nicht-nozizeptiven Weise, auf einem Gebiet der Haut, das zuerst allodynsch war. Der veränderliche Parameter der EVGS ist die Lokalisierung der Reizsetzung, aber nicht ihre Amplitude.

Hautstatus	Leichte oder starke Hyposensibilität	Schmerzhaft überempfindlich auf Berührung
Test	Aesthesiografie	Allodynografie
Art der Behandlung	Rehabilitation der Hyposensibilität	Entfernte vibrotaktile Gegenstimulation

Tabelle IV: Das somatosensorische Management: entweder eine Rehabilitation der Hyposensibilität direkt auf dem durch die Aesthesiografie identifizierten Hautgebiet mit reduzierter Sensibilität, oder das Rehabilitieren des allodynschen Hautgebietes mittels einer entfernte vibrotaktile Gegenstimulation auf einem Hautgebiet, in welchem der Patient einen nicht-nozizeptiven Stimulus in einer nicht-nozizeptiven Weise wahrnimmt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Zusammenfassend ist klar, dass "der Bereich der somatosensorischen Rehabilitation keinen Platz für ungeduldige und ungenaue Kliniker lässt. Das Wissen, vorgelegt im *Handbook for somatosensory rehabilitation*, kann nun als Grundlage für eine systematische Erfassung und Behandlung bei einer somatosensorischen Rehabilitation dienen (...). Das Ziel dieses Handbuchs ist Informationen aus mehreren Bereichen insbesondere Rehabilitation, Neurologie, Rheumatologie und Chirurgie in einem Buch zusammenzufassen. (für Kliniker tätig im Bereich der Somatosensibilität). "[Lang, 2008]. Die somatosensorische Rehabilitation ist eine Methode, welche im somatosensorischen Rehasentrum entwickelt und im Handbuch detailliert beschrieben wurde. Dieses Handbuch wurde Thema von vielen Rezensionen in verschiedenen Therapiezeitschriften. (zum Beispiel: *Kinésithérapie scientifique* [Bridon, 2004], *Ergotherapie* [Jörn-Good, 2008], *American Journal of Hand Therapy* [Beaman, 2007].

Die Somatosensorische Rehabilitations-Methode wird seit acht Jahren in französischer, seit drei Jahren in deutscher und erstmals in diesem Winter auch in englischer Sprache in Weiterbildungskursen angeboten. Die Kursdauer beträgt 28 Stunden.

Zuletzt noch ein Zitat von Prof. Susan E. Mackinnon zu C. Spicher's Buch:

"In der Tat ist es wohl Spicher's persönliche Note, seine Anekdoten und historischen Referenzen, welche Leser des Handbuchs spannend, anregend und nützlich für die Erfassung und das Management eigener Patienten finden werden." [Mackinnon, 2007].

Ein Dank an Vera Beckmann-Fries für die Hilfe bei der Übersetzung.

REFERENZEN

- Barber, L.M. (1990). Desensitization of the traumatized hand. In J.M. Hunter, L.H. Schneider, E.J. Mackin & A.D. Callahan (Eds.), *Rehabilitation of the Hand* (3rd ed) (pp 721-730). St-Louis: C.V. Mosby Co.
- Beaman, N. (2007). « Book Review »: *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. *J Hand Ther*, 2007, 4, 369 (eine Seite).
- Bridon, F. (2004). « Lu pour vous »: *Manuel de rééducation sensitive du corps humain. Kinésithérapie Scientifique*, 449, 63–64.
- Degrange, B., Noël, L., Spicher, C.J. & Rouiller, E.M. (2006a). De la rééducation de l'hyposensibilité à la contre-stimulation vibrotactile. In M.-H. Iazard & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 19^{ème} série (pp. 207 -220). Montpellier, Paris: Sauramps medical.

- Degrange, B., Joern, U., Mathis, F. & Spicher, C.J. (2006b). Chronische neuropathische Schmerzsyndrome: Ein neuer Behandlungsansatz aus der somatosensorischen Rehabilitation. Die Korrelation zwischen dem McGill Schmerz-Fragebogen und der Schwelle der Druckempfindung. *e-News for Somatosensory Rehabilitation*, 3(2),41-60.
- Dellon, A.L. (1988). *Evaluation of Sensibility and Re-education of Sensation in the Hand* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dellon, A.L. (2000). *Somatosensory Testing and Rehabilitation*. Baltimore: The Institute for Peripheral Nerve Surgery.
- Jörn Good, U. (2008). « Literatur »: Handbook for Somatosensory Rehabilitation. *Ergotherapie*, 4, 32 (eine Seite).
- Lang, C.E. (2008). « Book Review »: Handbook for Somatosensory Rehabilitation. *Somatosens Mot Res*, 25(3), 207–208.
- Létievant, E. (1869). Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras. *Lyon médical*, 3, 150-164, 225-243, 298-320, planches I à VI.
- Létievant, E. (1873). *Traité des sections nerveuses : physiologie pathologique, indications - procédés opératoires*. Paris, France : J.-B. Baillière.
- Mackinnon, S.E. & Novak, C.B. (2007). « Book Review »: Handbook for Somatosensory Rehabilitation. *J Hand Surg (Am)*, 32(8),1306 (eine Seite).
- Mathis, F., Degrange, B. & Spicher C.J. (2006). La nouvelle méthode de rééducation sensitive peut soulager les douleurs neuropathiques chroniques une étude prospective de 111 patients. *Fisio active*, 42(7), 24-27.
- Mathis, F., Degrange, B., Desfoux, N., Sprumont, P., Hecker, E., Rossier, Ph. & Spicher, C.J. (2007). Diminution des douleurs neuropathiques périphériques par la rééducation sensitive. *Rev Med Suisse*, 3(135), 2745-2748.
- Mitchell, S.W. (1872). *Injuries of Nerves and their Consequences*. Philadelphia : JB Lippincott Co, übersetzt auf Französisch als:
- Mitchell, S.W. (1874) *Des lésions des nerfs et leurs conséquences*. Paris: Masson.
- Noël, L., Spicher, C.J., Degrange, B. & Rouiller, E.M. (2005). Une esthésiographie intenable signe des lésions axonales ou comment cartographier une hypoesthésie douloureuse. In M.-H. IZARD & R. NESPLOUS (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 18^{ème} série, (pp. 127 -135). Montpellier, Paris: Sauramps médical.
- Noël L., Desfoux, N. & Spicher, C.J. (2008). Le bilan diagnostique de lésions axonales. In M.-H. IZARD (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 21^{ème} série, (pp. 109-115). Montpellier, Paris : Sauramps medical.
- Spicher, C. (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris : Médecine & Hygiène, übersetzt auf English als :
- Spicher, C.J. (2006) *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical.
- Spicher, C. & Kohut, G. (1996). Rapid Relief of a Painful, Long-standing Posttraumatic Digital Neuroma Treated by Transcutaneous Vibratory Stimulation. *J Hand Ther*, 9, 47-51.
- Spicher, C. & Kohut, G. (2001). Jean Joseph Emile Létievant: A Review of His Contributions to Surgery and Rehabilitation. *J Reconstruct Microsurg*, 17, 169-177.
- Spicher, C.J. & Clément-Favre, S. (2008). Chronic Neuropathic Pain decreases through Somatosensory Rehabilitation. *RAE : Recueil Annuel francophone belge d'Ergothérapie*, 1, 25-37.

- Spicher, C., Kohut, G. & Miauton, J. (1999). At which stage of sensory recovery can a tingling sign be expected? A Review and Proposal for Standardization and Grading. *J Hand Ther*, 1, 298-308.
- Spicher, C., Haggengjos, L., Noël, L. & Rouiller, E.M. (2004). Cartographier un territoire hypoesthésique, n'est pas rechercher le seuil de perception à la pression (SPP). In M.-H. Izard & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 17^{ème} série, (pp. 161-166). Montpellier, Paris: Sauramps médical.
- Spicher, C.J., Degrange, B. & Mathis, F. (2006). La désactivation des signes d'irradiation provoquée; une nouvelle technique de rééducation sensitive pour traiter les douleurs chroniques. *ergOTHérapies*, 22, 13-18.
- Spicher, C.J., Mathis, F., Degrange, B., Freund, P. & Rouiller, E.M. (2008). Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypoaesthesia: Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatsens Mot Res*, 25(1), 77-92. <http://en.scientificcommons.org/34252680>
- Tinel, J. (1916). *Les blessures de nerfs*. Paris: Masson, übersetzt auf English als:
- Tinel, J. (1917). *Nerve wounds*. London: Baillière, Tindall and Cox.

ANHANG A : ÄSTHESIOGRAFIE (Létiévant, 1869; Spicher & Kohut, 2001; Spicher *et al.*, 2004).

Ziel : Kartografieren des hypoästhetischen Gebietes.

Material:

- Millimeterpapier im Format A4, oder A3
- Set von 20 Ästhesiometern von Josephine Semmes und Sidney Weinstein
- Taschenrechner
- Löscharer Filzstift

Wahl des Aesthesiometers :

Zuerst wird der letzte wahrgenommene Aesthesiometer einer absteigenden Serie (vom grössten zum kleinsten) auf dem Hautgebiet des gegenüberliegenden Körperteils getestet. Der 2. Aesthesiometer oberhalb des zuletzt wahrgenommenen Aesthesiometers ist für den Test der sekundären Aesthesiografie zu wählen.

Durchführung:

Position: Der zu prüfende Körperteil ist stabil gelagert, gegebenenfalls wird er durch die Hand des Therapeuten/Arztes stabilisiert.

Stimulusapplikation

Der durch den Therapeuten ausgeübte Druck entspricht dem Minimaldruck, der den Aesthesiometer biegen kann.

Die Stimulation dauert 2 Sekunden. Beachten Sie, dass der Zeitabstand zwischen jeder neuen Stimulation mit dem nächsten Aesthesiometer ca. 10 Sekunden beträgt. Als Hilfe zählen Sie im Kopf mit.

Erklärungen für den Patienten:

Die Aesthesiometer werden dem Patienten gezeigt und es wird ihm erklärt, dass er mit einigen davon berührt wird, um den kleinsten wahrnehmbaren Druck zu bestimmen.

Er wird gebeten, in eine andere Richtung zu schauen und leicht den Kopf zur Seite zu drehen. Der Patient antwortet mit "berührt", sobald er einen Reiz wahrnimmt; logischerweise hat er nichts zu sagen, sobald er keinen Reiz wahrnimmt.

Lokalisation :

1. Zentimeter für Zentimeter wird auf der longitudinalen Achse von distal nach proximal nach dem ersten Punkt, der vom Patienten nicht wahrgenommen wird, gesucht.
2. Von diesem Punkt aus testet man millimeterweise rückwärts von distal nach proximal, um den ersten wahrgenommenen Punkt zu erörtern.
3. von da aus testet man wieder millimeterweise vorwärts von proximal nach distal, um den ersten Punkt zu finden, den der Patient nicht mehr wahrnimmt.
4. dieser **erste nicht wahrgenommene Punkt** ist präzise auf dem Millimeter-Papier zu notieren und mit einem Pfeil die Richtung der getesteten Achse zu markieren.

Die Suche nach dem ersten nicht wahrgenommenen Punkt auf der gleichen longitudinalen Achse ist in der gleichen Weise durchzuführen, aber dieses mal von proximal nach distal.

Die gleiche Prozedere wird auf den senkrechtstehenden Achsen durchgeführt. Der dritte und vierte Punkt wird diese mal in einer richtung von medial nach lateral und dann von lateral nach mediaél gesucht.

Ergebnis :

Die markierten Punkte werden miteinander verbunden und so das hypoästhetische Gebiet visualisiert.

ANHANG B : ALLODYNOGRAFIE (Spicher, 2003, 2006; Noël *et al.*, 2005 ; Spicher *et al.*, 2008).

ZIEL:

Kartografieren des allodynischen Gebietes. Die Allodynografie basiert auf einem wissenschaftlichen Prinzip: beim Bestehen mehrerer Parameter müssen alle geschützt festgelegt werden außer einem, dem veränderlichen, den wir beeinflussen werden.

In diesem Fall:

- Der unveränderbare Stimulus hat eine Applikationsstärke von 15 Gramm,
- Die Schmerzintensität wird mit dem Patient zusammen mittels visueller analoger Schmerz-Skala (VAS) ermittelt und auf 3/10 mit „rot“ markiert = STOPP.
- **Das Veränderliche ist der Ort des Stimulus.**

Material :

- Millimeterpapier im Format A4, oder A3 Papier
- Aesthesiometer (Semmes-Weinstein) von 15 Gramm: mit der Markierung 5,18
- visuelle analoge Schmerz-Skala (VAS), die vom Patient verstanden werden muss.

Durchführung :

Position: Der zu prüfende Körperteil ist stabil gelagert, gegebenenfalls wird er durch die Hand des Therapeuten/Arztes stabilisiert.

Stimulusapplikation

Der durch den Therapeuten ausgeübte Druck entspricht dem Minimaldruck, der den Aesthesiometer biegen kann.

Die Stimulation dauert 2 Sekunden. Beachten Sie, dass der Zeitabstand zwischen jeder neuen Stimulation mit dem nächsten Aesthesiometer ca. 10 Sekunden beträgt. Als Hilfe zählen Sie im Kopf mit.

Erklärungen für den Patienten:

Der Aesthesiometer wird dem Patient gezeigt und auf einem nicht betroffenen Körperteil appliziert. Dem Patienten wird erklärt, dass nun die Stelle, wo ein Stimulus Schmerz auslöst, welcher dem auf der VAS markierten STOPP entspricht, gesucht wird. Der Patient wird gebeten auf die Schmerz-Skala zu sehen und während dem Test von „nicht schmerzhaft“ zu „Stopp“ mit dem Finger zu zeigen, wann die Schmerzen beginnen. Der Patient antwortet mit „Stopp“, sobald der Stimulus einen Schmerz entsprechend dem definierten Schmerz der VAS 3/10 provoziert (oder Ruheschmerz + 1 cm).

Lokalisation :

Auf der Suche nach dem ersten allodynsichen Punkt wird cm um cm die longitudinale Achse des Körperteils von distal nach proximal getestet.

- man stellt die Frage ob der Schmerz rot⁹ ist?

Wenn dies nicht der Fall ist

- wird progressiv weitergetestet.

Wenn dies bereits der Fall ist:

- wird der Stimulus von distal nach proximal zurückgeführt, um einen weniger schmerzhaften Punkt zu finden , dann

- wird der Stimulus wieder **Millimeter um Millimeter** von proximal nach distal getestet um den ersten **allodynsichen Punkt** dieser Achse zu finden

Der gefundene Punkt wird auf dem Millimeterpapier markiert und mit einem Pfeil angegeben von welcher Richtung aus getestet wurde.

Das gleiche Prozedere wird auf den senkrechtstehenden Achsen durchgeführt, und ein Vieleck wird mit dem Zusammenführen der gefundenen Punkten erstellt.

Dies entspricht dem allodynsichen Gebiet, getestet mit dem Aesthesiometer von 15 Gramm bei einer VAS von 3/10

Um an Genauigkeit des Tests gewinnen, kann der Patient während der Durchführung differenzierter antworten, indem er zwischen den **beginnenden Schmerzen** und **dem roten Schmerz**, (welcher auf der VAS 3/10 markiert ist) unterscheidet und den auch so angibt.

⁹ Farbe der Behandlung: entspricht den 3 cm auf der visuell analogen Schmerz-Skala

Ombre & pénombre

« Quant à la prescription des actes paramédicaux, je pose juste une indication, j'autorise un financement ... Ce que j'aimerais, c'est connaître les hommes et les femmes qui reçoivent les patients que j'envoie pour qu'ils me donnent leur point de vue sur la justesse de l'indication, s'ils sont contents de ce qu'ils ont réussi, ce qu'ils ont fait et ce qu'ils pourraient faire pour d'autres et que je ne savais pas ... Ce qu'ils font bien souvent je l'ignore... Je sais seulement qu'ils peuvent être une aide, apporter quelque chose que je ne peux pas ... Des fois, j'espère qu'ils feront mieux que moi ... Ce n'est pas une délégation de pouvoir, c'est une demande d'aide et de collaboration autour d'un patient ... Un médecin n'est pas grand-chose sans médicaments et sans tout le « paramédical ».

Médecin, c'est un mot noble par les symboles et l'histoire et l'espoir que l'on met dans le rêve de soigner, d'être soigné, de guérir, d'être guéri... mais nous ne sommes que des Hommes».

Dr Y.Z., médecin généraliste

Information on Chronic Pain for patients

To MD To neuroscientist To patient To therapist 

„Don't Suffer in Silence“

http://www.efic.org/booklet_eng.html Compiled for European Federation of IASP Chapters (EFIC)

by Sofaer, B., Niv, D. & Devor, M.



About the Artist Baruch Elron is a well-known figure in the art scene in Israel. He recently underwent amputation of a leg and knows chronic pain personally. In this painting, titled "Sharp Pain", Elron uses autumn colours to express defoliation of body and spirit due to unremitting phantom limb pain, with the scream helping him to share his suffering with his surroundings. The painting was selected from among 250 submissions at a competition jointly sponsored by the Israeli pharmaceutical company Rafa Laboratories Ltd. and the Israel Pain Association at its annual meeting in Haifa 11/2000. The piece has become well known amongst researchers, physicians and other caregivers in the field of pain as well as the public at large since it was selected by the European Federation of IASP Chapters (EFIC) as a central illustration for the 1st European Week Against Pain (Oct. 8- 13, 2001), to express the idea: "Don't Suffer in Silence". The painting also graces the home page of EFIC's web site www.EFIC.org and serves as a banner for EFIC's overall initiative "Europe Against Pain".

Mastering 'the system':**Patience, and communication between the health professional and patient**

It is frequently difficult to pinpoint the exact cause of the pain, and even when there is a specific diagnosis, different patients may react differently to medications. Your doctor may want to try a number of treatments in the hope of success. This doesn't mean that he's "just guessing". Sometimes treatments don't work initially, but need to be tried for a period of weeks for the effect to build up, and for the potential for relief to be assessed. In other cases medications work at first but then their effect fades. A consistent, systematic trial of the various options is more likely to pay off for you than jumping from doctor to doctor.

It may take time for health professionals and patients to develop trust, and not everybody gets on well with each other all of the time. You have probably been through a lot already. Sometimes people feel frustrated and angry because their pain is persistent. Health professionals feel equally frustrated because their wish for success in treating pain is not always met. Not everybody has well developed communication skills and sometimes misunderstandings occur. Try to develop an honest relationship with the health professionals who are working with you. They are there because they do believe you; they accept that you are in pain and wish to help you.

Try not to seek advice from too many sources. You will find that you then get conflicting advice and this can be confusing. Doctors, like everybody else, have their favourite ways of doing things. Some may have had special training in certain techniques. If a pain doctor feels you might benefit from a treatment he or she does not carry out, you may be referred to another specialist. Equally so, if you feel you might benefit from some special treatment do take the opportunity to discuss this possibility with your doctor. Some people with chronic pain come to their wits end searching for a solution and are willing to "try anything". There are unscrupulous predators waiting to take advantage of this situation. In some cases people spend a lot of money without any realistic prospect of success. And no matter how bad your pain is, the wrong treatment could make it worse. Try to stay with the advice the pain clinic doctor gives you, especially in relation to taking medication.

Finally, take pleasure and comfort from the small things in life, and the moments, hours, days, and weeks that you may have free from pain.

Good luck to you!

Información para los pacientes sobre el dolor crónico

To MD To neuroscientist To patient To therapist 

„No sufras en silencio“

http://www.efic.org/booklet_spa.html Recopilado para la European Federation of IASP
Chapters por:

Sofaer, B., Niv, D. & Devor, M.

CONTROLANDO EL SISTEMA... PACIENCIA Y COMUNICACIÓN ENTRE EL MEDICO Y EL PACIENTE

Es muy difícil descubrir la causa o causas exactas del dolor, incluso cuando existe un diagnóstico específico, cada paciente puede reaccionar de forma diferente a la medicación. Su médico puede probar varios tratamientos con la esperanza de tener éxito, ya que algunos tratamientos no funcionan desde el comienzo, sino que necesitan un breve periodo de tiempo para conseguir el efecto deseado y poder evaluar el potencial de alivio. En otros casos, la medicación funciona desde el principio pero poco a poco su efecto desaparece. Probar varios tratamientos hasta encontrar el adecuado suele funcionar, y siempre es mejor que ir de médico en médico pidiendo distintas opiniones.

Puede que la confianza entre el médico y el paciente tarde en aparecer, y algunos pacientes no logran llevarse del todo bien con su médico. Esto se debe a que quizás haya probado varios tratamientos y se sienta frustrado porque el dolor persiste, pero piense que el profesional se siente igualmente frustrado al no conseguir el fin planeado. Intente mantener una relación honesta con su médico, que está ahí para escucharle y ayudarle en todo lo posible.

Intente no buscar demasiados consejos ni en sitios diferentes, ya que pueden ser contradictorios y pueden confundirle. Los médicos, como todos los seres humanos, tienen preferencias a la hora de realizar tratamientos. Si su médico se da cuenta de que Vd. podría beneficiarse de un tratamiento que él no suele realizar, puede que le remita a otro especialista. De la misma forma, si Vd. piensa que podría beneficiarse de algún tratamiento especial, comente la posibilidad con su médico. Algunos pacientes con dolores crónicos, guiados por sus impulsos, terminan buscando otras soluciones y están deseando “probar cualquier cosa”. Existen predadores sin escrúpulos y sin los conocimientos adecuados esperando aprovecharse de esta situación. En algunos casos la gente gasta mucho dinero sin conseguir ninguna perspectiva de futuro. Piense que un tratamiento incorrecto podría empeorar su dolor. Intente conservar el consejo que su médico le ofrece, especialmente lo relacionado con la administración de medicación.

Para finalizar, disfrute con las pequeñas cosas de la vida, así como con los momentos, horas, días y semanas en los que no sienta dolor.

¡ Buena Suerte!

<p>„Mos vuaj ne heshtje“ Informacion per paciente me dhimbje kronike</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_alb.html</p>
<p>„Leiden Sie nicht Schweigend!“ Informationen für chronische Schmerzpatienten</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_ger.html</p>
<p>„Ne souffrez pas en silence“ Informations sur la douleur chronique à destination des patients</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_fre.html</p>
<p>„Ära kannata vaikides!“ INFORMATSIOON PATSIENTIDELE KROONILISE VALU KOHTA</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_est.htm</p>
<p>„Det er ikke nødvendig å lide i stillhet“ Pasientinformasjon om langvarig smerte</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_nor.html</p>
<p>„NU SUFERI?I ÎN TĂCERE“ INFORMAȚII PENTRU PACIENȚI PRIVIND DUREREA CRONICĂ</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_rom.html</p>
<p>„Netrpte potichu“ INFORMÁCIA O CHRONICKEJ BOLESTI PRE PACIENTOV</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_slo.html</p>
<p>„Netrpte v tichosti“ INFORMACE PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_che.html</p>
<p>„Agrin varsa sesini duyur!“ KRONIK AGRI HASTA BILGILENDIRME BROSÜRÜ</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_tur.html</p>
<p>די לשאת את הכאב בדממה</p>	<p>http://www.efic.org/booklet_isr.html</p>

http://www.efic.org/booklet_fre.html

by EFIC: European Federation of IASP Chapters

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistic

To MD  To neuroscientist  To patient  To therapist 

From the 1st of July 2004 until the 19th of December 2008, 950 patients have been assessed or treated in the Somatosensory Rehabilitation Centre.

Assessment only	Treatment interrupted	Treatment finished	Still on treatment
160	197	428	84
160	625		84
869 Chronic Neuropathic Pain Patients with stages II, III, IV & CRPS II			

Table 1: 160 patients were only tested and they were treated in another Centre far from Friburgh. 84 patients were still on treatment. **197 patients** interrupted their treatment. **428 patients** finished their treatment.

Notice: the 81 patients with Stage I (with basic cutaneous disorders) are not included

N	34	i.e. Another medical disorder.
P	146	i.e. Had no time, Did not believe in Somatosensory Rehabilitation anymore, Wanted a break, Began another treatment, Conflict with health insurance, Without any news, Return to work.
MD	3	i.e. Return to work, Anaesthetic blockade.
Th	14	i.e. No neuroplasticity substitution (very strong hypoaesthesia), not available for testing.

Table 2: Reasons of the treatment's interruption ($n = 197$): Either by nature (N), or by the patient (P), or by the prescribing doctor (MD), or by the therapist (Th).

Treatment interrupted	Treatment finished
197	428
31.5 % (197 / 625)	68.5 % (428 / 625)

Table 3: 68.5 % of **625** chronic neuropathic pain patients finished their somatosensory rehabilitation between the 23rd August 2004 and the 19th of December 2008.

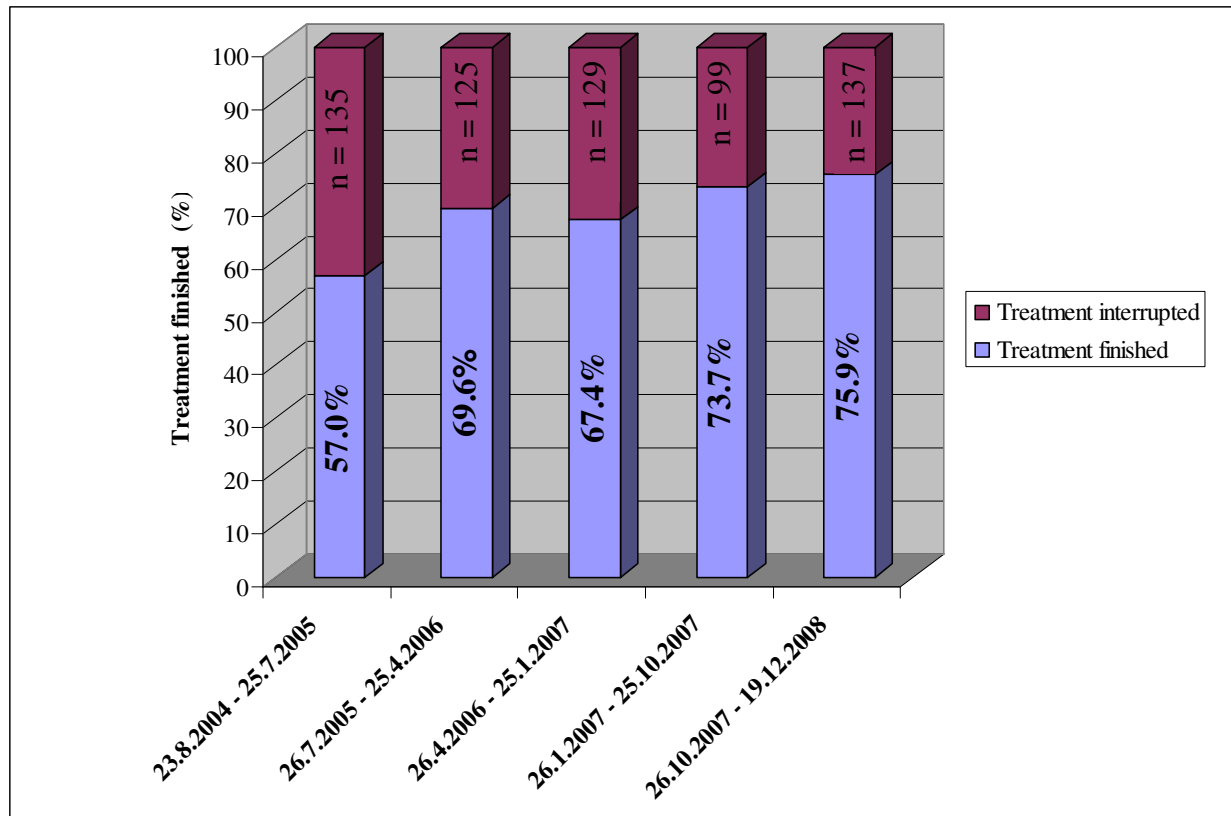


Fig. 1: The evolution of the **625** chronic neuropathic pain patients who have finished, or not, their somatosensory rehabilitation during the last 4 ½ years.

HUGO
Hôpitaux Universitaires de Genève

Comment motiver son patient : *5 dimensions pour servir l'éducation thérapeutique*

Organisation

Prof. A. Golay, Mme C. Anzules, Dr V. Barthassat,
Dre M. Chambouleyron, Dr G. Lager

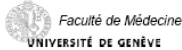



6 – 10 juin 2009

48^{ème} séminaire, 20^{ème} année

Zinal, Valais, Suisse

Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques
Département de Médecine Communautaire et de Premier Recours

 <p>Samedi 6 juin 2009</p> <p>☞ 17h00: Introduction du programme de la semaine : Motivation et apprentissage : qui sert qui ?, A. Golay</p> <p>☞ 18h00: La motivation, du bon usage de la liberté, entre tension et résignation, A. Jollien</p> <p>☞ 19h00: apéritif d'accueil</p> <p>☞ 20h00: repas en commun à l'Hôtel Europe, Zinal</p> <p>Dimanche 7 juin 2009 Explorer 5 dimensions de l'apprentissage V. Barthassat, M. Chambouleyron, G. Lager, A. Lasserre Moutet, A. Golay</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les ingrédients de l'apprentissage <input type="checkbox"/> Un modèle en 5 dimensions pour servir l'éducation thérapeutique, A. Golay <input type="checkbox"/> Le modèle en lien avec nos pratiques cliniques <p>Après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ressentir mes sensations gustatives, M. Delétraz, A. Carpentier <input type="checkbox"/> Ressentir le corps en mouvement, S. Muller-Pinget <input type="checkbox"/> Trouver sa voix, A. Bolli <input type="checkbox"/> Eveiller mes 5 sens, F. Jullion <input type="checkbox"/> Communiquer : à l'écoute du non-verbal, V. Schwarz <input type="checkbox"/> Représenter l'expérience perceptive vécue, C. Anzules <p>Soir La mythologie et les contes du Val d'Anniviers, B. Crettaz</p>	 <p>Lundi 8 juin 2009 Motiver à apprendre ... apprendre à motiver V. Barthassat, M. Chambouleyron, G. Lager, A. Lasserre Moutet, A. Golay</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Découvrir et apprendre <input type="checkbox"/> Apprendre à apprendre <input type="checkbox"/> J'apprends si ..., A. Giordan <p>Après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enseigner et apprendre <input type="checkbox"/> Apprendre de nos échanges <p>Soir Concert – récital de piano Muza Rubackyté</p> <p>Mardi 9 juin 2009 S'orienter, apprendre et se motiver</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gérer mon stress, A. Golay, I. Carrard <input type="checkbox"/> Ressentir mon effort, G. Miganne, A. Carpentier <input type="checkbox"/> Ecouter ses ressentis, N. de Tonnac <input type="checkbox"/> Gérer mon temps, J. Nicolet <p>Après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promenade dans tous les sens, F. Jullion, Y. Saget <input type="checkbox"/> Qu'est-ce qui m'a fait avancer ?, C. Anzules <p>Soir Concert – jazz blues, G. Lager, N. Silvestrini</p> <p>Mercredi 10 juin 2009 Faire évoluer ma pratique clinique</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intégrer mes apprentissages dans ma réalité professionnelle <input type="checkbox"/> Take home messages, A. Golay <p>Fin du séminaire à 12h00</p>
---	--

Zinal, Suisse

Bulletin d'inscription A renvoyer avant le 18 mai 2009 à

**Mme Nuria Flores, Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques (3HL), Hôpitaux Universitaires de Genève, CH - 1211 Genève 14
Tel: 41 22 / 372 97 26, Fax: 41 22 / 372 97 15, E-mail : Nuria.Flores@hcuge.ch**

Je m'inscris au Séminaire Zinal 2009 «Comment motiver son patient : 5 dimensions pour servir l'éducation thérapeutique» du 6 au 10 juin 2009

Nom et prénom (*en majuscules*)

Profession

Adresse Professionnelle

.....

Tel. Prof Fax

E-mail (indispensable) :

Date Signature

Témoignage No 22 d'une patiente

„Sur le qui-vive“

To MD



To neuroscientist



To patient



To therapist

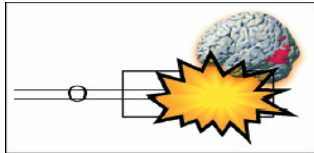


Le 2.9.2008 j'arrive chez M. Spicher un peu sur le qui-vive car j'avais déjà fait plusieurs médecins sans résultats pour ma jambe et mon état désastreux. Quand je suis partie de la clinique j'ai dit à mon ami « cela va être gai », me frotter la cheville avec une peau de lapin et des tissus, je pensais à une farce ! Mais déjà après 2 jours, j'avais des réactions dans toute la jambe.

J'avais très mal dans le mollet droit, des fourmillements toute la nuit à ne plus dormir. Je me demandai si je pourrais tenir encore longtemps. J'ai persévéré et toutes les semaines j'allais mieux. Je sentais de nouveau un peu mes pieds, le soir ils étaient gelés, depuis des années pour dormir il fallait mettre des chaussettes pour me réchauffer. Au fil des semaines j'avais toujours plus de sensations. Le soir cela faisait mal surtout si j'avais fait le ménage, la lessive dans la journée. Maintenant il faut que je continue d'avancer pour que je réussisse encore mieux. Le moral est que j'ose aller de l'avant. Maintenant je peux me doucher à l'eau chaude. L'état général est meilleur mais il y a encore des jours moroses où je pleure souvent mais enfin je vois le bout du tunnel.

C. Monney

Continuous Education – Weiterbildung - Formation continue



Datum: 2. – 5. Juni 2009

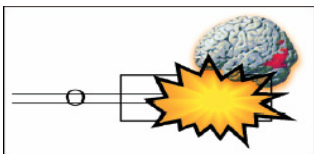
5. Somatosensorische Kurs

**Behandlung der neuropathischen Schmerzsyndrome
mittels
somatosensorischer Rehabilitation**

Claude Spicher, ET, zert. HT SGHR
Irene Inauen, ET

Ort: Clinique Générale, Freiburg, Schweiz

Info : Dieses *e-News* 6(2) Seite 56



Date: 8-11 March 2010

2nd Week for Somatosensory Rehabilitation

Claude Spicher, OT, swiss certified Hand Therapist
Rebekah Della Casa, OT

Place : Somatosensory Rehabilitation Centre, Fribourg, Switzerland, Europe

Info : This *issue* 6(2) page 85

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/cont.edu/2ndweekSSR.2010.pdf>

www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php

7-9 Mai 2009 Ort Info	Handtherapie Fortbildung: Basiskurs Winterthur admin@handtherapie-fortbildung.com
--	--

22-24 Mai 2009 Ort Info	54. Ergotherapie-Kongress Köln, Deutschland www.dve.info ; info@dve.info ;
--	--

24-25 Mai 2009 Place Info	The 2nd Canadian Society of Hand Therapists Conference Toronto, Canada www.csht.org
--	---

6-10 juin 2009 Lieu Info	Comment motiver son patient Zinal www.setmc.hug-ge.ch ; Nuria.Flores@hcuge.ch ;
---	--

27-28 August 2009 Place Info	Assessment of Hand Function and Sensory Relearning after Peripheral Nerve Injury to the Hand Zürich, Switzerland gruenert.pluess@bluewin.ch
---	--

9-12 September 2009 Place Info	6th Congress of the European Federation of IASP Lisbon, Portugal www.kenes.com/efic/
---	---

12-13 novembre 2009 Lieu Info	11ème CH-Congrès SSRM et 43ème congrès annuelle SSCM Zinal http://www.ssrn.ch/f/kongresse/index.html
--	---

13-15 November 2009 Place Info	4th Asia-Pacific Federation of Societies for Hand Therapy Kaohsiung, Taiwan www.2009apfsht.ot.org.tw
---	--

16. -17. November 09 Ort Info	Mobilisation des Nervensystem – Schmerzen verstehen Zurzach, Schweiz fbz@rehastudy.ch ; www.rehastudy.ch
--	---

19–20 novembre 2009	Certificat de rééducation sensitive : module 1
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be ; crea@helb-prigogine.be

16. -17. November 09	Mobilisation des Nervensystem – Schmerzen verstehen
Ort	Zurzach, Schweiz
Info	fbz@rehastudy.ch ; www.rehastudy.ch

3–5 février 2010	Certificat de rééducation sensitive : module 2
	Complications douloureuses I, Analyse de pratique & Anatomie clinique I
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be ; crea@helb-prigogine.be

17–19 mai 2010	Certificat de rééducation sensitive : module 3
	Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II & Complications douloureuses II
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be ; crea@helb-prigogine.be

27–30 May 2010	3rd International Congress on Neuropathic Pain.
Place	Athens, Greece
Info	www.kenes.com/neuropathic

24-26 June 2010	8th Triennial Congress of the International Federation of Societies for Hand Therapy
Place	Orlando, USA
Info	www.hands2010.com

29 August – 3 September 2010	13th World Congress on Pain.
Place	Palais des Congrès de Montréal, Montréal, Canada
Info	www.iasp-pain.org/2010Congress

<p style="text-align: center;"></p> <p>SOMATOSENSORY REHABILITATION CTR</p> <p>Occupational Therapy Unit 6, Hans-Geiler Street 1700 FRIBURG RCC : K 0324.10 reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch</p>	 <p style="text-align: center;">CONTINUOUS EDUCATION</p>
--	---

2nd Week for Somatosensory Rehabilitation

8th to 11th March 2010

**2nd WEEK for SOMATOSENSORY REHABILITATION
2010**

Problem

- When the patients that are placed in our care have been suffering too much for too long, when their facial expression remains frozen, how can the hope of a better tomorrow be rejuvenated: a future with less shooting pain, with less burning sensations - simply put - with a decrease of **neuropathic pain**.
- Most patients suffering from chronic pain have cutaneous sense disorders. A decrease in the hypoaesthesia (for example the pressure perception threshold) will, at the same time, cause a decrease of their chronic neuropathic pain (for example the McGill Pain Questionnaire).

Overall Aim

- To rehabilitate the disorders of the cutaneous sense on the basis of the neuroplasticity of the somaesthetic system so as to lessen chronic neuropathic pain.
- To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense.
- To build bridges between rehabilitation, medicine and the neurosciences.

Specific Objective

- To evaluate disorders of the cutaneous sense: aesthesiography, static 2-point discrimination test, tingling signs and somaesthetic symptoms, pressure perception threshold, etc.
- To evaluate painful complications with the St-Antoine pain questionnaire: mechanical allodynia, reflex sympathetic dystrophies, neuralgia, etc.
- To implement planned rehabilitation procedures within the context of chronic pain complications.
- To adapt the knowledge of mainstream neurology for use in rehabilitating neuropathic pain and vice versa.

Teachers

- Claude Spicher, OT, Swiss certified HT, Manager & therapist in the Somatosensory Rehabilitation Centre, Scientific collaborator
<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php>
- Rebekah Della Casa, OT, therapist in the Somatosensory Rehabilitation Ctr.

Guestspeakers

- Dr Georges Kohut, MD, Orthopaedic and Hand surgery, co-head medical doctor of HFR, Fribourg, Lecturer at the Unit of anatomy, University of Fribourg
- Dr Patrick Freund, PhD, Research Associate; UCL, Institute of Neurology, London

Info	http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/cont.edu/2ndweekSSR.2010.pdf
Date	8 th to 11 th of March 2010
Time Table	9am – 12am & 1pm – 5 pm
Duration	28 hours
Place	Clinique Générale; 6, Hans-Geiler Street ; Friburg
Price	CHF 980.- (Work Documents in English + Handbook)
Reference	Spicher, C.J. (2006). <i>Handbook for Somatosensory Rehabilitation</i> . Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

2nd Week for Somatosensory Rehabilitation
8th to 11th of March 2010

REGISTRATION FORM

Deadline: Friday, 26th February 2010

Name:

First (given) name:

Professional occupation:

Address:

e-mail address:

Please fill and return to:

Claude Spicher
Department of Medicine – Physiology
Rue du Musée 5
CH-1700 Fribourg
Switzerland

e-mail : claudio.spicher@unifr.ch

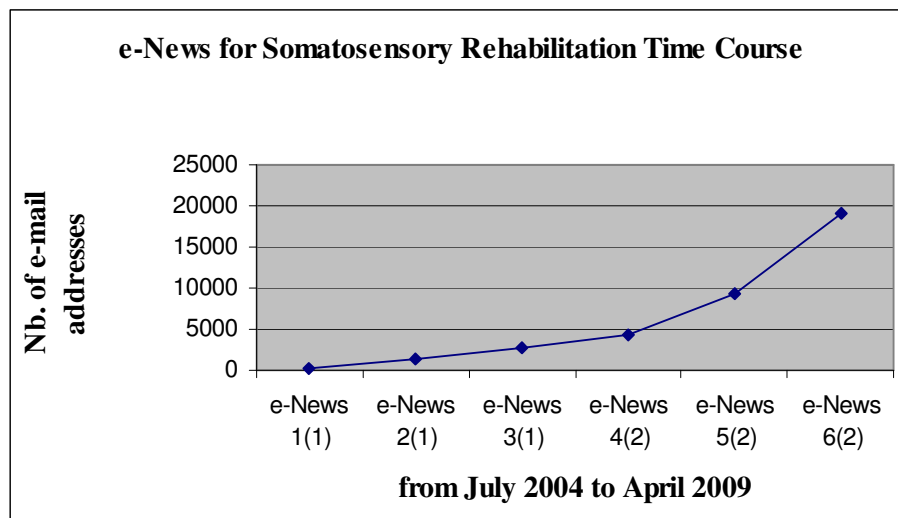
or

Fax: +41 26 350 06 35

Who are you?

You are 19,098 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world on the 5 continents, in 118 countries who are receiving the e-News for Somatosensory Rehabilitation:

Afghanistan, Albania, Algeria, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belarus, Belgium, Bermuda, Bosnia & Herzegovina, Brazil, Bulgaria, Cameroon, Canada, Cayman Islands, Chile, Colombia, Costa Rica, Cote d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, Estonia, Ethiopia, Finland, France, Georgia, Germany, Ghana, Greece, Guatemala, Hong Kong, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Irak, Iran, Ireland, Israel, Italy, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Kuwait, Kyrgyzstan, Latvia, Lebanon, Libya, Lithuania, Luxemburg, Macau, Madagascar, Malaysia, Malta, Mauritius, Mexico, Moldova, Mongolia, Montenegro, Morocco, Namibia, Nepal, Netherlands, New Zealand, Nigeria, Northern Ireland, Norway, Pakistan, Paraguay, Palestine, Panama, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Republic Democratic of Congo, Romania, Russia, Rwanda, Saudi Arabia, Senegal, Serbia, Singapoure, Slovakia, Slovenia, South Africa, South Korea, Spain, SriLanka, Sudan, Sweden, Switzerland, Taiwan, Tanzania, Thailand, Tunisia, Turkey, Uganda, Ukraine, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Zambia, Zimbabwe.




CLINIQUE GÉNÉRALE
Garcia - Ste-Anne

IMPRESSUM

Requested: Windows 1998; Adobe 6.0

Editor-in-chief: Claude J SPICHER, OT, Swiss certified HT, scientific collaborator

Co-Editor: Fanny MATHIS, OT

Published: 4 times per year

Deadline: 10thP January, 10thP April, 10thP July, 10thP October

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation Centre, Switzerland, Europe.

e-mail : reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Languages: *Français, English, Deutsch, Español, Portugues, РОССИЯ, Italiano, Lingala*

e-News's Library: H <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/somato.enevs.php>