

Historie und Entwicklung der Akroodynamischen Therapie

Michael Uebele, Thomas Wolf

- 2.1 Die Krankengymnastin Roswitha Brunkow – 12
- 2.2 Akroodynamische Therapie – 14
- Literatur – 15

2.1 Die Krankengymnastin Roswitha Brunkow

Roswitha Brunkows Geschichte als „Brunkow-Therapeutin“ begann im Jahr 1965 im Rahmen ihrer Tätigkeit als Krankengymnastin in der Neurochirurgie der Universitätsklinik Homburg-Saar. Die Entwicklung des Brunkow-Konzepts stand im unmittelbaren Zusammenhang mit ihrem 1965 erlittenen Unfall und ihren Erfahrungen im Rollstuhl. In der Einleitung der 5. Auflage „Stemmführung nach Brunkow“ beschrieb Dr. Vaslav Vojta die Therapeutin Roswitha Brunkow als die „Auserwählte“, die ihre Erfahrungen im Rollstuhl als Sprungbrett nutzte, um in eine neue Welt der Kinesiologie einzutauchen (Bold et al. 1989). Als **Schlüsselerlebnis** für diesen Sprung in die Auseinandersetzung mit der menschlichen Bewegung beschrieb R. Brunkow den Augenblick, in dem sie ein Buch aus dem Bücherregal ergriff und sich dabei mit der kontralateralen Hand auf dem Rollstuhl abstützte. Ab diesem Zeitpunkt war sie fasziniert von den erstmals bewusst erfahrenen Auswirkungen des Handstützes auf den Schultergürtel und den Rumpf, bis in das kontralaterale Bein, und sie beschäftigte sich bis zu ihrem Lebensende mit dieser Thematik. R. Brunkow erfuhr am eigenen Körper, wie sich über den Handstütz in unterschiedlichen Rotationsstellungen der Arme **gesetzmäßige Muskelaktionen** von der oberen Extremität auf das Axisorgan übertragen:

- Über das Stemmen in Innenrotation forcierte sie die flektorische Muskelaktivität,
- über das Stemmen in Außenrotation die extensorische Muskelaktivität des Rumpfes.

Ihre Erfahrungen und Erkenntnisse stellten die damalige absolutistische Lehrmeinung einer einseitigen Abhängigkeit der motorischen Aktivität von der Aufrichtung des Rumpfes in Frage.

➤ **Nach den Beobachtungen von Roswitha Brunkow wurde die Aufrichtung des Rumpfes wesentlich durch die Stützaktivitäten der Hände und Füße beeinflusst.**

Die Erfahrung, dass die Qualität von Rumpfaufrichtung und Aufrichtung der Akren in unmittelbarem Zusammenhang stehen, stellte für R. Brunkow

ein erstaunliches Phänomen dar. Bemerkenswert war für sie auch die Erkenntnis, dass sich die den Körper aufrichtenden Muskelsynergien nicht nur von einem realen Punktum fixum aktivieren lassen, sondern auch von einem virtuellen Punktum fixum.

Begriffserklärungen

Akraler Stütz – Stütz auf der Handwurzel der stützenden oberen Extremität.

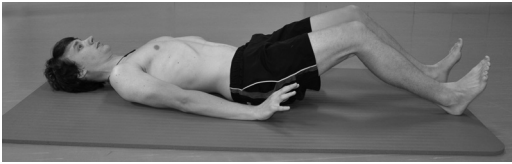
Punktum fixum – Als Punktum fixum wird die Anheftungsstelle eines Skelettmuskels bezeichnet, von der aus der Muskel seine Wirkung auf das Bewegungssystem entfaltet.

Akren – Als Akren bezeichnet man die Körperteile, die am weitesten vom Rumpf entfernt sind: Hände, Füße und Kopf.

Nach ihrer Genesung setzte R. Brunkow ihre Erfahrungen in die Praxis um. Zu Anfang experimentierte sie mit verbalen Kommandos, mit denen sie die **Stemmübungen** instruierte und willkürmotorisch durchführen ließ. Dadurch wollte sie Muskelsynergien mit rumpfaufrichtender Wirkung aktivieren (■ Abb. 2.1).

Die Therapieerfolge bei Patienten mit **Rückenproblemen** ermutigten R. Brunkow, ihr neu entwickeltes System bei Patienten mit einer neurologischen Problematik anzuwenden. Über Stützaktivitäten der Füße und Hände beabsichtigte sie, **paretische Muskeln** in Muskelketten zu integrieren bzw. ausgehend von einem stabilen Haltungshintergrund des Rumpfes verloren gegangene Funktionen wieder zu schulen.

In der Behandlung von Patienten mit **spastischen Paresen** wurde sie jedoch gezwungen, auf andere „Informationskanäle“ zurückzugreifen, da ihre willkürmotorischen Bewegungsaufträge bei diesen Patienten begreiflicherweise keinen Erfolg zeigten. R. Brunkow versuchte zunächst, über **passive Handeinstellung** eine Aktivierung der rumpfaufrichtenden Muskelketten zu erreichen. Die muskulären Auswirkungen auf die Aufrichtung der Wirbelsäule empfand sie jedoch als unzureichend, so dass sie mit verschiedenen manuellen Reizen experimentierte und in der Folgezeit ihre **manuellen Hilfen** entwickelte. Mehr und mehr löste sie sich von ihren willkürmotorischen Bewegungsaufträgen und fand Zugang zu den propriozeptiven Reizsetzungen, die sie **Druck-Stauch-Impulse** nannte. Mit den kinä-



■ **Abb. 2.1** Willkürmotorische Durchführung der Stemmführung in Rückenlage

thetischen Reizsetzungen legte sie den Grundstein, ihren Therapieansatz auch nonverbal zu vermitteln und erreichte damit auch diejenigen Patienten, die ihre willkürmotorischen Aufträge nicht umsetzen konnten (■ Abb. 2.2).

In der Auseinandersetzung mit einem zunehmend nonverbalen Vermittlungsprozess der Brunkow-Methode entwickelte sie ihre exterozeptiven Reizsetzungen. Ihre **Streich-** und **Wischtechniken** wendete sie auf die gegenläufig verlaufenden Muskelketten an; sie nannte

- die muskeltonussteigernde Wirkung der Streichtechniken „Ladung“ und
- die tonusreduzierende Wirkung der Wischtechniken „Entladung“.

Über die systematisch ausgearbeiteten Hautreize, die sie an der oberen und unteren Extremität sowie am Rumpf setzte, kristallisierte sich letztlich ein Schema der Muskelketten heraus, wobei die Hautreize in Richtung der sich anbahnenden **Muskelkontraktionsrichtung** gesetzt wurden (■ Abb. 2.3).

Frau R. Brunkow suchte von Beginn an eine fundierte Erklärung für ihre sich zunehmend einstellenden therapeutischen Erfolge. Sie stand ständig in Kontakt mit Ärzten und anderen Therapeuten, um ein theoretisches Erklärungsmodell für ihr praktisches Wirken zu finden. In der Auseinandersetzung mit anderen physiotherapeutischen Techniken wie Bobath und PNF fand sie keine ausreichenden theoretischen Erklärungen für ihr Aktivierungsgeschehen. Sie übernahm jedoch den Begriff **Dissoziation** aus der Bobath-Terminologie, da sie in diesem Entwicklungsabschnitt ihres Wirkens noch vorrangig die Auflösung von fehlerhaften Bewegungs- und Haltungsmustern im Auge hatte.

In dieser Phase konzentrierte sich ihr theoretisches Denken noch zu sehr auf die Verarbeitung der Reizsetzungen **innerhalb der Hirnrinde**. Nach

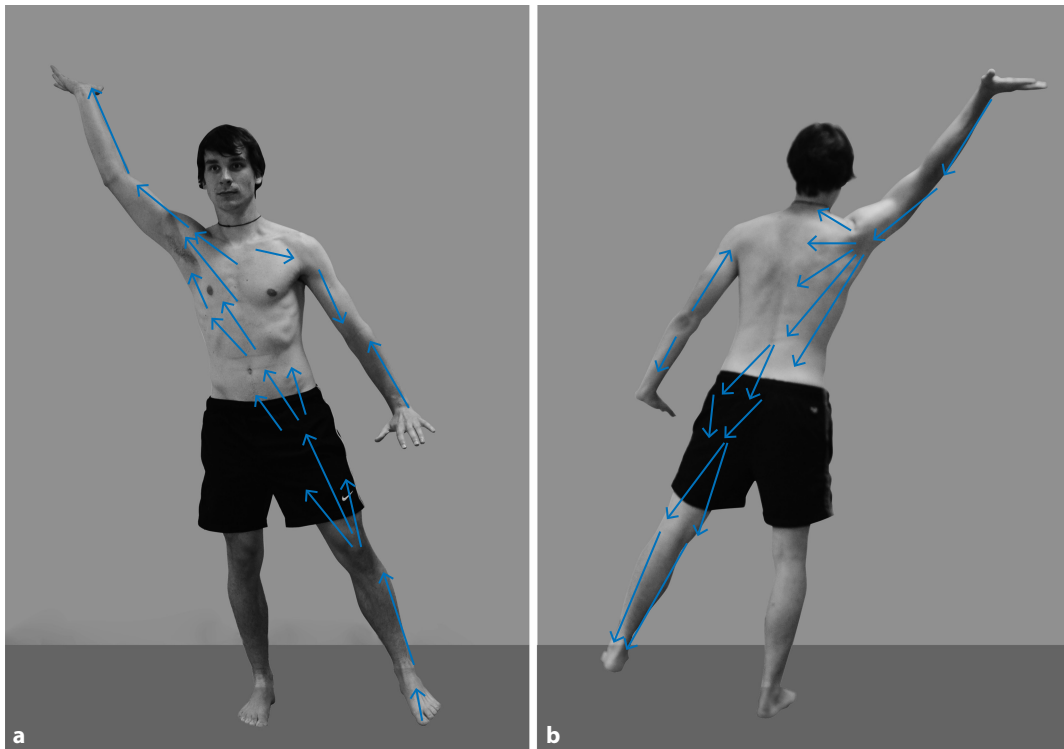


■ **Abb. 2.2** Erarbeitung des „Aufrichteprozesses“ in der Seitlage mittels Druck-Stauch-Impulsen am Kapitulum und an der Schädeldecke

Aussage von Dr. Vojta (Bold et al. 1989) erkannte R. Brunkow noch nicht den Grundstein ihres Aktivierungsgeschehens, den er selbst nicht im kortikalen Bereich sah, sondern in der **Propriozeption**. Mit der Konfrontation der Nilson-Abbildungen von der fötalen Motorik entwickelte sie im Weiteren die Hypothese, dass es sich bei der von ihr entwickelten Stemmführung um Aktivierungsprozesse handelte, die im **Stammhirn** verarbeitet wurden.

Bis zu ihrem Tod standen ihr kaum 10 Jahre zur Verfügung, um ihr Therapiekonzept zu entwickeln. In dieser Zeit verfeinerte sie ihre manuellen Hilfen und die Systematik, von einem **Punktum fixum** aus Muskelsynergien zu aktivieren, die stabilisierend oder mobilisierend auf das motorische Verhalten wirkten. R. Brunkow wendete ihr Behandlungskonzept bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern an (bei Patienten mit sterotaktisch operierten extrapyramidalen Syndromen wie Tortikollis, Morbus Parkinson, Torsionsdystonie etc., bei Patienten mit Diskopathie, peripheren Paresen, Arthrose, Migräne und gynäkologischen Beschwerden), und in den letzten Jahren ihres Wirkens beschäftigte sie sich mit der Problematik der infantilen Zerebralparese. Sie behandelte Jugendliche und Säuglinge, und sie entwickelte **Ausgangsstellungen**, die sie dem „Nachholbedarf an frühkindlichen Bewegungsabläufen“ anpasste.

R. Brunkow stellte ihr **Dissoziationsprinzip** auf dem Weltkongress für Krankengymnasten in Amsterdam (1970) und Montreal (1974) vor. Im Februar 1975 lernte sie auf einem Kongress in Baden-Baden Dr. Vojta kennen, der sich in der Folgezeit mit ihrem Behandlungskonzept auseinandersetzte. Im Mai 1975 verstarb Roswitha Brunkow als eine Therapeutin, die den Genius besaß, wiederkehrende Gesetzmäßigkeiten in der Praxis zu erkennen und diese in ihrer Therapie am Patienten zu verarbeiten und umzusetzen. Nach ihrem Tod bildeten ei-



■ Abb. 2.3a,b Muskelketten nach R. Brunkow von a ventral und b dorsal

nige von ihr ausgebildete Krankengymnastinnen eine Arbeitsgemeinschaft, die ihre Ideen am Leben erhielten. Mithilfe der fachlichen Beratung von Dr. Vojta und mit der finanziellen Unterstützung des Zentralverbands der Krankengymnasten, Landesverband Rheinland-Pfalz, wurden im Juni 1976 die Unterlagen von R. Brunkow aufgearbeitet und im Weiteren ein Gerüst erstellt, das als Grundlage für das Buch „Stemmführung nach Roswitha Brunkow“ diene.

2.2 Akro-dynamische Therapie

Das Konzept der „Stemmführung nach Roswitha Brunkow“ wurde im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Brunkow im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. kontinuierlich weiterentwickelt. Die Tatsache, dass das Brunkow-Konzept auch im Rahmen der Fachschulausbildung zum Physiotherapeuten unterrichtet wird, und dass zahlreiche Therapeuten dieses Behandlungskonzept

auf vielfältige Weise für die Therapie nutzen, führte bisweilen zu unterschiedlichen Interpretationen der Wirkweise und Zielstellung dieses neurophysiologischen Bahnungssystems, die nicht immer der Ursprungsidee entsprachen.

2010 entschieden die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, das Konzept der Brunkow-Therapie um den Begriff der **Akro-dynamischen Therapie** zu erweitern.

➤ **Der Begriff „Akro-dynamische Therapie“ steht für einen holistischen therapeutischen Denkansatz, der Kenntnisse der funktionell-anatomischen und myofaszial-energetischen Zusammenhänge beinhaltet.**

Ausgangspunkt jeder Behandlung sind die **myofaszialen Bahnen**, die unter dreidimensionalen Gesichtspunkten über verschiedene Informationskanäle angesprochen werden. Besonders die **aktive Entfaltung der Akren** (Füße und Hände) setzt akro-dynamische Prozesse – dynamisch-muskuläre

Akrodyamik

Ganzheitliche Therapie nach dem Brunkow-Konzept

Uebele, M.; Wolf, Th.

2013, IX, 190 S. 155 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-37355-8