Clinical Rehabilitation

凍結肩に対する活動指向型　対　構造指向型治療

：ランダム化比較試験

Renata Horst1, Tomasz Maicki2,3, Rafal Trabka2,3,

Sindy Albrecht4, Katharina Schmidt5, Sylwia Metel6

And Harry von Piekartz7

**要約**

**目的：**凍結肩の患者に対する、構造指向型（従来型）と活動指向型理学療法的介入の短期的及び長期的効果を比較する。

**デザイン：**二重盲検、無作為抽出、実験的研究

**セッティング：**外来クリニック

**対象：**私たちは、肩領域に可動域制限と痛みがあり、理学療法の処方が出ていて、それにともなう眩暈や頭痛、頸椎や額関節の可動域制限や痛みの既往のない患者を対象とした。

**方法：**研究群は活動遂行中に治療を受けた。対象群は徒手療法と固有受容性神経筋促通法（従来型の治療）によって治療された。両群とも10日間、一日30分の治療を受けた。

**主な測定項目：**可動域、筋機能検査、McGill疼痛質問紙検査と修正版UE-MALの数値を基本とし、2週間の介入後と、介入終了後3か月のフォローアップ後にも測定した。

**結果：**合計66人の患者を無作為に2群に分けた：活動指向型群（n=33、平均44歳、SD＝16歳）は男性20（61％）、そして構造指向型群（n=33、平均47歳、SD＝17歳）は男性21人（64％）であった。10日間の治療と3か月のフォローアップ期間後において、日常生活の遂行と、機能と構造レベルでの検査において、活動指向型群は従来型の治療群と比較して有意により優れた改善を示した（p<0.05）。

**まとめ：**疼痛軽減と日常生活活動遂行能力に関して、従来型の治療方法よりも活動を遂行していく治療のほうがより効果が高いと思われる。

**キーワード**

Shoulder, pain, manual therapy, proprioceptive neuromuscular facilitation, neuro-orthopeadic activity-dependent plasticity, motor learning

Reviewed: 30 August 2015; accepted: 11 December 2016

1Private Practice and Institute for Further Education for Medical Prefession, Ingelheim, Germany

2Clinic of Rehabilitation, Jagiellonian University, Cracow, Poland

3Cracow Rehabilitation Center, Cracow, Poland

4Leuphana University, Luneburg, Germany

5Department of Sports Medicine, Goethe-University, Frankfurt am Main, Germany

6Department of Physical Medicine and Biomedical Renewal, University of Physical Education in Kracow, Cracow, Poland

7University of Applied Science, Hoschschule Osnabruck Fakultat Wirtschafts-und Sozialwissenschaften, Osnabrueck, Germany

責任著者：

Renata Horst, Private Practice, Stiegelgasse 40, Ingelheim 55218, Germany

Email: info@renatahorst.de

**導入**

一般的に凍結肩の患者は強い痛みに苦しみ、しばしば社会文化生活の中で、活動と参加レベルにおける長引く制限を経験する。凍結肩の有病率はおおよそ人口の２％から５％とされている。女性の中高年により多く見られ、非利き手の肩のほうがやや障害されやすい。一般的に、凍結肩（frozen shoulder）という用語は一次性の癒着性関節包炎にも二次的な凍結肩にも用いられる。１

　痛みを感じる事は、しばしば痛みや体を傷つけるのではないかという恐怖を伴い、活動を回避（不使用）したり肩を‘凍結’させてしまうことが起こる。根本的な臨床的仮説は痛みが学習された不使用を引き起こすということである。それは脳の変化を引き起こし、さらに末梢の構造が治癒した後でさえ、中枢が変化してしまったことによって脳が随意的な行為を組織できなくなってしまうことがある。２，３これが整形外科の患者に関する二つの疑問を生む：（1）制限の原因としては末梢構造の変化だけなのか、それとも皮質表在の中枢での変化も関係しているのか、次に（2）長期的効果と記憶のためには、活動遂行中に構造レベルの介入を組み合わせたほうが、構造レベルの治療を強調した理学療法よりもより効果が高いのかという疑問である。

　神経筋骨格系の障害に対する従来の治療法は主に身体構造が機能しているかどうかということに焦点を当てている。これは関節の遊び（joint play）を取り戻し、硬いか緊張している筋群が弛緩し、弱化した筋群を強化すれば、活動を遂行する能力は自動的に回復するという推測によるものである。４，５コクランレビューに掲載されている全26試験を含むメタ解析によると、肩痛治療における従来型理学療法の効果に関する第一選択は未だ確立されていないとある。６他動的モビライゼーションテクニックについては肩甲上腕関節に害を及ぼすのではないかとさえある。７今のところ、二つの異なる理学療法介入法の比較研究では結果について明らかな差を示せていない。短期間の可動域改善は生活の質の改善と相互関連はなかった。患者の主観的評価を含んだ研究は一つもなかった。結果から、特定の介入法についての費用効率性に関する記載はなかった。８

　多くの研究が、学習は経験に依存し経験が神経系を変化させるのは練習であろうと推測している。９－１３どのように練習を構成するかが、長期記憶の基礎となる（記憶の）固定化の結果を左右する。１４，１５活動指向型の運動戦略は、感情や情感とともに、記憶と学習に必須である想い出、経験や意図のような意識的側面にも依存している。１６．１７

　これらの事実を踏まえて、このランダム化試験では構造指向型と活動指向型の理学療法的介入の短期的および長期的効果を比較することを目的とする。

**方法**

　この二重盲検、無作為化、実験的研究はRegional Medical Ethics Board of Physicians in Krakow, Polandによって承認された。私たちはポーランドのクラクフにあるKrakow Rehabilitation Centerで整形外科の専門家によって肩領域の可動域制限と痛みの診断を受け、理学療法の処方を受けた患者のみを対象とした。整形外科の専門家はこのような患者の治療経験が20年以上ある者であった。年齢、性別は問わなかった。

　研究参加前に、候補者たちはこの研究に関する口頭及び紙面による情報を受け取り説明と同意を得た旨の署名を提出した。続いて、患者たちは適格性を判断するために彼らの経過と症状の問診票への記入を求められた。眩暈や現病歴に頭痛、頸椎及び顎関節の痛みや可動域制限の既往のある患者は除かれた。初回の介入に先立って、患者たちは封をされた封筒を引いて奇数か偶数かによって無作為に2グループに分けられた。偶数を引いた患者は活動指向型群へ、奇数を引いた者たちは構造指向型群へ振り分けられた。

　盲検係のセラピストが、患者がどちらの介入を受けたのか知らされずにすべての検査を行った。評価はベースライン（初回介入前）、2週間で10回の介入後と治療的介入のない3か月のフォローアップ後に行われた。両群の参加者は彼らが受ける治療や介入については何の情報も与えられなかった。

　4人のセラピストが研究に参加した。2人のセラピストが彼らの患者を活動レベルで治療し、他の2人のセラピストが彼らの患者を構造レベルで治療した。全セラピストが、大学で修士号を修めたのち最低4年以上の臨床経験のある理学療法士であった。構造指向型群担当の２セラピストは、さらに卒後教育でマニュアルセラピストの認定を受け、固有受容性神経筋促通法のセラピストでもあった。活動指向型介入を行った2人のセラピストは後に表2で述べるような方法論の訓練を経験してきた者である。

　McGill疼痛質問紙検査と修正版UE-MALを用いて患者の主観的評価を行った（付録１，２参照、オンラインで入手可）。１８，１９Upper Extremity Motor Activity Logは脳卒中後の患者の30種類の日常生活活動の遂行能力を評価するために開発された。これを凍結肩の患者が治療開始前には実行不可能な5つの日常生活活動に焦点を当てるために改変した（表１）。

表1．評価対象となった活動の説明

活動１　両手でＴシャツを着てから脱ぐ。

活動２　ネックレスを留めるように、両手を首の後ろに持っていく。

活動３　エプロンを結ぶように、両手を背中へ持っていく。

活動４　患側上肢で1リットルのボトルを145㎝の高さの棚へ持ち上げる。

活動５　9リットルの水が入ったケースを両手で145㎝の高さの棚へ持ち上げる。

　角度計による測定はすべて12-inch plastic BASELINE角度計 (Model 12-1000) Fabrication Enterprises社製(White Plains, New York)を用いた。２０肩の大筋群の筋力ははすべてDanielsとWorthinghamによる筋力検査に従って評価した。この方法では、筋力は0の筋活動無しから、5の徒手抵抗に対する最大反応まで数値化して、実行する動きの筋群の短縮域で評価する。２１

　被験者全員に2週間で1回30分の治療を全10回施行した。活動指向型群（研究群）は、セラピストが求められる運動のために最大限可能な筋骨格系の状況を創り出そうと徒手的に誘導している間に、適切な目標を達成することに集中するよう指示を受けた。２２構造指向型群（対照群）は従来型の理学療法：徒手療法と固有受容性神経筋促通法により構造レベルで治療された。４，５表2は両介入群への介入法の概観である。両群ともそれ以外に、有酸素運動、寒冷療法、レーザー治療とバンドによる抵抗運動からなる同じ内容の付加的治療を受けた。

　カテゴリ変数は総数とパーセントで表した。量的変数は中央値と四分位数(Me[Q1;Q3])

平均と標準偏差を用いて記述した。全研究結果に含まれる変化に関する帰無仮説は変化スコア(ChS)の比較に基づいて検査され、Mann-Whitney検査を用いた。カテゴリ変数について、群間の統計的有意差の評価はFisher直接検査を用いた。危険率0.05以下を統計的に優位な結果の指標とした。多重比較は行っていない。全ての統計上の分析はR3.0.を用いた。２３

**結果**

研究は2011年から2012年にかけて行われた。全部で66人の患者が統計的に分析され

6人が除外された（図1）。活動指向型群（n = 33、平均年齢 = 44歳、SD = 16歳）には男性患者20人（61%）と女性患者13人（39％）が含まれた。構造指向型群（n = 33、平均年齢 = 47歳、SD = 17歳）は21人（64％）の男性と12人（36％）の女性患者で構成された。ベースラインで、両群は年齢、性別の分布とすべての研究結果において同等であった(*p*>0.05)。

　表3と4は2週間の介入後(After2)と3か月フォローアップ後(After3)の測定結果の変化を表している。全ての結果の半分以上で、活動指向型群が構造指向型群に比較して有意に

表2．活動指向型介入（研究群）と構造指向型治療（比較群）で適用された方法の比較

活動指向型治療　　　　　　　　　　　　　　　　　構造指向型治療

区分された練習：例えば、特定のPNFパターンを練習し肩の外旋筋群を訓練しできるようになってから次のパターンへ進む。

外在的フィードバック：例えば、痛みを避けるためにどのように肩甲骨の動きをコントロースするかを患者に告げる。

内的焦点：例えば、患者に腕を挙げるように指示する。

他動的モビライゼーションテクニック：例えば、外旋を拡大するためにセラピストが上腕骨頭を腹側へモビライゼーションする。

運動開始の為の触覚入力：例えば、肩甲骨下制筋群への徐々に増加する抵抗に対してどこへ動くべきかを患者に教えるために肩甲骨を後方下制方向へ他動的に動かす。

決められた手順の運動：例えば、臥位で始めてから徐々に高い肢位へ進む。

遠位の前に近位を意識的に分けて訓練する：例えば、セラピストが上腕骨頭を牽引し患者に関節窩に向かって骨頭を能動的に引っ張るように指示したり、下角に抵抗を加え患者に下方へ押し返すように指示したりする。

1. ランダム練習：例えば、仰臥位から側臥

位への寝返り、四つ這いからの正座やジ

ャケットを着たりなど様々な活動を、ほ

んの数回繰り返しで、肩の外旋筋群を様

々な状況で訓練していく。

1. 内在的フィードバック：例えば、患者に

痛みを避けるために自分の肩甲骨をコン

トロールできているかどうか尋ねる。

1. 外的焦点：例えば、櫛で髪をとかすよう

に指示する。

1. 精神的、感情的関与：例えば、四つ這い

から正座になる間に、広背筋の遠心性収

縮に助けられ上腕骨頭は腹側に活動的に

動かされる。

1. 活動遂行中の生体力学へ影響を及ぼす：

例えば、頭から被るようにTシャツを着

る活動中に、鎖骨を背腹側に回旋させて

肩鎖関節の除圧を行う。

1. ここの潜在能力とニーズに合わせてシェ

ーピングを行う：例えば、必要であれば

Tシャツを着たり髪をとかす活動を行う

時に立位で始める。

1. 意識下での近位のコントロールと共に遠

位で組織された運動の訓練：例えば、患

者が頭上のものをつかもうとしていると

き、セラピストは上腕骨頭を関節窩に押

し付けて圧を加えることによって、機械

受容器を刺激し関節の安定化を行う。

\*PNF：固有受容性神経筋促通法

配分された介入を終了した者

(n=36)

終了しなかった者(n=0)

配分され介入を終了した者

(n=36)

終了しなかった者(n=0)

解析数

(n=33)

解析数

(n=33)

3か月フォローアップ後離脱

(n=0)

3か月フォローアップ後離脱

(n=0)

2週間フォローアップ後離脱

(n=3)

検査に来なかった(n=2)

病気で基準外(n=1)

2週間フォローアップ後離脱

(n=3)

測定に来なかった(n=2)

参加拒否(n=１)

構造指向型治療群

(n=36)

活動指向型治療群

(n=36)

全登録患者数(n=72)

除外(n=4)

・基準を満たさない者(n=3)

・拒否(n=1)

参加が可能であろう患者数(n=76)

図１．研究参加者フローチャート

より優れた結果を経験した。

　今回用いた日常生活活動に関して、活動指向型群が構造指向型群に比較してより多くの割合で、2週間介入後の4番と5番の活動と、フォローアップ3か月後の1番、3番と5番の活動をできるようになった(*p*<0.05)（表３）。痛みに関しては、基準値から3か月フォローアップ後に、活動指向型群で構造指向型群に比較して有意に軽減した*(p*<0.05)。可動域に関しては、活動指向型群で内転と内外旋の変化について、基準値から2回目と3回目の評価において、明らかな群間差が見つかった（表４）。筋力の変化については、屈筋群、内転筋群、外転筋群、内旋筋群と外旋筋群の基準値から介入終了後までと、3か月フォローアップ後で、構造指向型群に比較して活動指向型群で有意に高かった(*p*<0.05)。

表3．日常生活活動に関する治療結果の群間比較。（対象となる活動を遂行できた患者の数と割合）

 　　　　活動指向群　　　　　　　構造指向群　　　　　　　　　　有意差

　　　　　　　　　　n=33　　　　　　　 n=33

活動　１

　介入前 15(45%) 12(36%) 0.617

　2週後 29(88%) 22(67%) 0.076

　3月後 31(94%) 22(67%) **0.011**

活動　２

　介入前 16(48%) 17(52%) 1.000

　2週後 30(91%) 27(82%) 0.475

　3月後 31(94%) 28(85%) 0.426

活動　３

　介入前 16(48%) 11(33%) 0.317

　2週後 28(85%) 21(64%) 0.090

　3月後 32(97%) 24(73%) **0.012**

活動　４

　介入前 17(52%) 10(30%) 0.132

　2週後 29(88%) 21(64%) **0.042**

　3月後 31(94%) 25(76%) 0.082

活動　５

　介入前 4(12%) 3(9%) 1.000

　2週後 17(52%) 6(18%) **0.010**

　3月後 25(76%) 6(18%)  **<0.001**

活動指向型群（研究群）：患者は活動を行っている最中に治療を受ける；構造指向型群（比較群）：患者は徒手療法と固有受容性神経筋促通法で治療される。

治療結果―介入前：基準値；2週後：介入2週間後；3月後：フォローアップ測定（3か月後）

太字:*p*<0.05。

**考察**

ここに提示した無作為抽出研究で、構造指向型と活動指向型理学療法介入の効果を比較した。今回の研究結果は、従来型の理学療法の方法論よりも日常的な活動を実行している最

表4.　介入2週間後、治療3か月後と測定基準値を比較して、活動指向型群と構造指向型群の差を研究結果の変化から示す。

結果　　　　 活動指向型群　　 構造指向型群　　 有意差　　　　95%CI:

　　　　　　 中央値　　　　　　中央値　　　　　　　　　　　　　　中央値間差

　　　　　　 [Q1;Q3] [Q1;Q3]

痛み ChS

 After2 -10[-11;-6] -7[-9;-6] 0.083 (-4;1)

 After3 -15[-17;-10] -10[-13;-6]  **0.005 (**-8;-1)

*可動域*

屈曲 ChS

 After2 23[6;39] 15[12;24] 0.286 (-8;21)

 After3 32[6;48] 18[12;29] 0.338 (-11;27)

伸展 ChS

 After2 30[10;40] 20[0;30] 0.113 (0;20)

 After3 30[20;50] 20[0;30] 0.061 (0;40)

内旋 ChS

 After2 29[21;43] 14[8;22] **<0.001**  (8;24)

 After3 36[22;57] 15[7;36] **0.003** (4;31)

外旋 ChS

 After2 25[17;34] 17[8;25]  **0.025** (0;16)

 After3 34[25;59] 25[16;33] **0.017** (0;25)

外転 ChS

 After2 24[12;35] 18[12;30] 0.700 (-8;14)

 After3 29[12;47] 26[15;38] 0.386 (-10;21)

内転 ChS

 After2 22[15;41] 15[11;20] **0.009** (0;17)

 After3 26[15;52] 19[15;27] **0.024**  (0;23)

*筋力*

屈曲 ChS

 After2 30[10;70] 5[0;20]  **0.001**  (10;40)

 After3 40[20;80] 10[0;40] **0.001** (10;70)

伸展 ChS

 After2 30[0;70] 20[10;50] 0.990 (-25;20)

 After3 60[10;80] 20[10;70] 0.167 (-30;60)

内旋 ChS

 After2 20[10;70] 0[0;10] **<0.001** (10;35)

 After3 40[10;80] 0[0;10]  **<0.001** (15;70)

外旋 ChS

 After2 10[0;30] 5[0;10] 0.059 (0;15)

 After3 20[10;70] 5[0;10] **0.001** (5;35)

外転 ChS

 After2 20[5;60] 0[0;10] **0.002** (5;30)

 After3 20[5;80] 0[0;10] **<0.001** (10;80)

内転 ChS

 After2 20[5;70] 10[0;10] **0.010** (0;40)

 After3 55[10;90] 10[10;40]  **0.012** (0;70)

活動指向型群（研究群）：活動を実行中に治療を受ける；構造指向型群（対照群）：徒手療法と固有受容性神経筋促通法で治療を受ける；ChS:変化スコア；CI：信頼区間。

治療結果－After2：介入2週間後；After3：フォローアップ検査（3か月後）。

太字：*p*<0.05

中に身体構造レベルでの介入を行う方が、疼痛軽減と日常生活活動の遂行を可能にすることが短期的にも特に長期的により効果的であると示唆している。

　これらの改善は10日間の理学療法中だけではなく、3か月の治療を行わないフォローアップ期間中にも測定したものである。このような結果から、構造指向型アプローチよりも活動指向型アプローチを追求する方が明らかに有益であろう。エビデンスが示すように経験により引き起こされる変化は、たとえ練習期間が短くても起こるのである。２４そのようなわけで、活動への準備としての他動的関節モビライゼーションと筋力強化は必要ないと思われる。上手くいく活動を経験すること自体で、長期的な構造上の変化とより痛みの軽減された知覚を獲得するかもしれない。可塑性は経験と毎回の治療がどのように構成されているかに依存するので、できる限り最良の筋骨格系の状況を確保しながら適当な目標を目指した活動を練習することで、患者がその活動をより痛みが少なく実行できるかもしれないし、皮質表在を回復できるかもしれない。９－１３

　損傷が起きた時、創傷治癒を始めるために体の損傷部位をじっと動かさずにいる(freeze)のはとても効果的な戦略である。そのために、交感神経系が生化学的一連の過程、例えば初期の緊張性筋繊維による防御性筋緊張や結合組織中の筋線維芽細胞の収縮を生じさせる。２５身体の損傷部位が不動を要求し続ける限り、これらの防御機構は意義のある課題を果たすことになる。しかし、もしこれらが必要以上に長く持続してしまうと、学習された不使用、皮質表在の喪失そして最後に固くなってしまい、それがさらなる痛みを生めば、再び交感神経系を活性化してしまう恐れがある。この悪循環を止めるには、患者がこれらの防御機構はもう必要ないのだと経験する必要があると考えるのが合理的であろう。

　セラピストによる外的接触刺激の利用は整形外科的徒手療法でも神経生理学的治療概念でもどちらにとっても基礎的な方法である。しかしながら、運動を開始するためや活動のために構造を準備したりするために両手を道具として用いる刺激－反応型のアプローチを行う定型的な治療概念では、様々な活動をうまく行えるようにするために構造上の手助けをしながら行う練習ほど、長期学習に効率的でない可能性がある。９，１０，１６，１７

　神経学的リハビリテーションの分野では、過去数十年の間に非常に多くの研究が行われ、神経学的問題を持つ患者にとっては新しい臨床上の意義をもたらすことになった。脳の研究はさらに整形外科患者の病理の基礎となるメカニズムをより深く理解するためにも役立ったようである。関節包内の可塑的変化には組織に対するそれ相応の外力が要求されるので、固さや低下した可動域がまず関節包の癒着によるものとばかりはいえないであろう。２６痛みは主観的で個人の経験に影響されると考えられていて、構造に何の問題もなくなった後でも、もしくはそもそも問題が存在しなくても持続することがあり、末梢の身体構造を治療するだけでは痛みの知覚軽減は起こらないであろう。２７日常生活活動の実行中にできる限り最良の筋骨格系の状況を確保することで、目標に関する経験をより少ない痛みで行えたということが、この研究結果を説明できるかもしれない。

　まとめると、これらの観察結果からの臨床的意味と近年のエビデンスから、活動を練習することがそれらのより良いパフォーマンスに至るということです。疼痛軽減や可動域の改善もそこを単独に治療するよりも、活動実行中に構造へ働きかける方が効果的であると言える。今回の明確な治療結果は、末梢構造の可塑性だけではなく脳の可塑性でうまく説明できるであろう。

　今回の研究の限界の一つは、参加条件において‘特発性凍結肩’（具体的な原因のない健康上腕関節の特発的で疼痛を伴う拘縮）と‘二次的凍結肩’（腱板断裂、神経学的障害や代謝疾患、糖尿病関連などによるもの）の患者を区別できなかったことです。２８‘二次的凍結肩’患者にとってもそれぞれの原因と病期に関しての結果の差を研究することは意義があるであろう。腱板断裂の患者には効果があるかもしれないが、代謝疾患患者の肩関節複合体に関して、構造レベルの治療から得るものはないかもしれない。

　研究が行われたリハビリテーションセンターでは、一日30分を10日間だけ継続という治療期間は特殊なものだった。普遍的な臨床上の意義を深めるために、週2，3回の頻度で4週間治療を続けた患者についての結果を同じように分析してみるのもよいであろう。また、すべての患者が医師からの処方箋を得ていた事実も制限の一つであった。その結果、非介入の対象群を持つことができなかったので、標準的治療として従来型理学療法を比較対象群とした。しかし、研究の焦点は活動レベルにおいているので、理学療法を受けずに日常生活に対処しなければならない状況の人々でも同じように改善させることもできるであろう。追試験では、この問題を除外するために患者は遅くとも研究開始3か月前には肩痛と可動域制限を持っている患者とすべきであろう。

　さらなる調査が必要となるであろう疑問は、運動の成功体験を可能にするための随意的目標指向型活動中の身体構造レベルでの介入がどれだけ重要であるか、そしてより良い日常生活活動の遂行にそれがどれだけ関係しているかである。治療前後の皮質表在の変化の可能性を特定するのに、PET（陽電子放射断層撮影）の使用なども役立つかもしれない。さらなる研究を重ねることで神経筋骨格系障害へのより良い結果を生むであろう神経可塑性への洞察と、筋骨格系理学療法士と神経学的理学療法士のより良い共同関係を深める手助けになるでしょう。

**臨床へのメッセージ**

* 活動指向型治療プログラムは構造指向型治療よりもより大きくより持続する有益な効果をもたらす。

**謝辞**

この研究のために患者を提供してくれたポーランドのクラクフにあるクラクフのトップスクールとクラクフリハビリテーションセンターのスタッフに感謝します。

**利益相反**

この文献に関する研究、著作あるいは出版に関しての利益相反の可能性はないことを宣言する。

**資金**

この文献に関する研究、著作あるいは出版に関する経済的援助は一切受けていない。

**参考文献　References**

1. Kelley MJ, McClure PW and Leggin BG. Frozen shoulder:

Evidence and a proposed model guiding rehabilitation.

*J Orthop Sports Phys Ther* 2009; 39(2): 135–148.

2. Klug S, Anderer P, Saletu-Zyhlarz G, et al. Dysfunctional

pain modulation in somatoform pain disorder patients.

*Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 261(4): 267–

275.

3. Vartiainen N, Kirveskari E, Kallio-Laine K, Kalso E and

Forss N. Cortical reorganization in primary somatosensory

cortex in patients with unilateral chronic pain. *J Pain*

2009; 10(8): 854–859.

4. Kaltenborn FM. Teil 1 Extremitäten. 12. Auflage, Oslo:

Norli, 2005: 203–229.

5. Buck M, Beckers D and Adler SS. PNF in der Praxis.

6. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer, 2010: 38–40,

43–44, 50–55, 85–86, 109–116, 240–242.

6. Green S, Buchbinder R and Hetrick SE. Physiotherapy

interventions for shoulder pain. *Cochrane Database*

*Syst Rev* 2003; (2). Art. No.: CD004258. DOI: 10.1002/

14651858.CD004258.

7. Donatelli R, Ruivo RM, Thurner M and Ibrahim MI.

New concepts in restoring shoulder elevation in a stiff

and painful shoulder patient. *Phys Ther Sport* 2014;

15(1): 3–14.

8. Maund E, Craig D, Suekarran, et al. Management of frozen

shoulder: A systematic review and cost-effectiveness

analysis. *Health Technol Assess* 2012; 16: 11.

9. Kleim JA and Jones TA. Principles of experiencedependent

neural plasticity: Implications for rehabilitation

after brain damage. *J Speech, Lang Hear Res* 2008; 51(1):

225–239.

10. Dayan E and Leonardo LG. Neuroplasticity subserving

motor skill learning. *Neuron* 2011; 72(3): 443–454.

11. Draganski B and May A. Training-induced structural

changes in the adult human brain. *Behav Brain Res* 2008;

192(1): 137–142.

12. Lövden M, Wenger E, Mårtensson J, Lindenberger U and

Bäckman L. Structural brain plasticity in adult learning

and development. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(9 Pt

B): 2296–2310.

13. May A. Experience-dependent structural plasticity in the

adult human brain. *Trends Cogn Sci* 2011; 15(10): 475–482.

14. Kantak SS, Sullivan KJ, Fischer BE, Knowlton BJ and

Winstein CJ. Neural substrates of motor memory consolidation

depend on practice structure. *Nat Neurosci* 2010;

13: 923–925.

15. Cross ES, Schmitt PJ and Grafton ST. Neural substrates of

contextual interference during motor learning support a model

of active preparation. *J Cogn Sci* 2007; 19: 1854–1871.

16. Abe M, Schambra HM, Wassermann EM, Luckenbaugh

D, Schweighofer N and Cohen LG. Reward improves

long-term retension of a motor memory through induction

of offline memory gains. *Curr Biol* 2011; 21(7):

557–562.

17. Pignatelli M and Bonci A. Role of dopamine neurons in

reward and aversion: A synaptic plasticity perspective.

*Neuron* 2015; 86: 1145–1157.

18. Melzak R and Katz J. Pain measurement in persons in

pain. In: Wall PD and Melzak R (eds) *Textbook of pain*,

4th ed. Edinburgh: Churchill Livingston, 1999: 409–426.

19. Uswatte G, Taub E, Morris D, Light K and Thompson

PA. Reliability and validity of the Motor Activity Log-

28. Assessing use of the hemiparetic arm after stroke.

*Neurology* 2006; 67: 1189–1194.

20. Kolber MJ and Hanney WJ. The reliability and concurrent

validity of shoulder mobility measurements using a digital

inclinometer and goniometer: A technical report. *Int J*

*Sports Phys Ther* 2012; 7(3): 306.

21. Daniels L and Worthingham K. *Muscle testing –*

*Techniques of manual examination*, 7th ed. Philadelphia,

PA: WB Saunders Co., 2002.

22. Horst R. N.A.P. – Therapieren in der Neuroorthopädie.

Stuttgart: Thieme, 2011: 12–48, 50–78.

10 *Clinical Rehabilitation*

23. R Development Core Team. R: A language and environment

for statistical computing. Vienna, Austria: R

Foundation for Statistical Computing, 2011.

24. Scholz J, Klein MC, Behrens TEJ and Johansen-Berg H.

Training induces changes in white matter architecture. *Nat*

*Neurosci* 2009; 12(11): 1370–1371.

25. Schleip R. Fascial plasticity – a new neurobiological

explanation: Part 1. *J Bodywork Movement Ther* 2003;

7(1): 11–19.

26. Findley T, Chaudry H and Dhar S. Transmission of muscle

force to fascia during exercise. *J Bodywork Movement*

*Ther* 2015; 19: 119–123.

27. Melzak R. Introduction: The pain revolution. In: Melzak

R and Wall PD (eds) *Handbook of pain management*.

Edinburgh, Churchill Livingstone, 2003: 2–3.

28. Uppal HS, Evans JP and Smith C. Frozen shoulder: A

systematic review of therapeutic options. *World J Orthop*

2015; 6(2): 263–268.

Neuro-orthopedic activity-dependent therapy bridges the gap between orthopedics and neurology. The aim of this integrative therapy is that the patient learns to act himself instead of exclusively reacting to the therapist’s input.
In 3 modules (80 hours) the therapist learns how to influence body structures (lumbar spine, pelvis, other extremities, cervical spine, thoracic spine, temporomandibular joints, upper extremity) within meaningful activities. According to knowledge that long-term changes are activity-dependent and to the idea of „Reset – the – Brain“ the N.A.P. therapist integrates
manual-therapeutic knowledge and neurophysiological principles to enhance plasticity and motor strategies for  daily life activities.