

Rundbrief 9



**DIE NEUE PRÄSIDENTIN:
SUSANNE
WOPFNER-OBER-
LEIT**

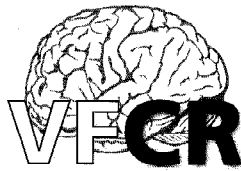
**Prof. Perfetti:
Die Sprache und
das therapeuti-
sche System**

**Susanne Wopfner-
Oberleit:
Bewusste
Erfahrung**



VFCR

Verein für cognitive Rehabilitation



**Verein für Cognitive
Rehabilitation**

Impressum:

Herausgeber: VFCR Verein für cognitive Rehabilitation

V.i.S.d.P.:

Kira Tschirner
Fichtestr. 30
D-90486 Nürnberg

**Schriftführung und
Redaktionsanschrift:**

Kira Tschirner
Fichtestr. 30
D-90486 Nürnberg
e-mail. Kira.Tschirner@gmx.de

Layout:

Matthias Volquartz

Druck:

Druckerei Müller GmbH
Ingolstädter Str. 61
90461 Nürnberg
www.muellerprint.de

Editorial

Liebe Vereinsmitglieder!

Bei einer sommerlichen Mitgliederversammlung am 11.



August trafen sich der alte Vorstand und einige wenige Mitglieder in Würzburg, um einen neuen Vorstand zu wählen. Der Großteil der Mitglieder war wohl im wohlverdienten Urlaub oder konnte so kurzfristig arbeitsbedingt nicht kommen. Ich hoffe dennoch, dass die nicht anwesenden Mitglieder mit der Wahl einverstanden sind. Ich wurde als Präsidentin gewählt und zu meiner großen Freude unterstützen mich drei hervorragende Persönlichkeiten bei der Arbeit im Vorstand. Kira Tschirner ist unsere neue Schriftführerin. Sie ist nicht nur eine junge und wissbegierige, bestens arbeitende Therapeutin, sondern hat auch den Basiskurs in Brissago positiv absolviert. Uwe Steinkamp ist unser neuer Kassier. Auch er zeichnet sich trotz enormer privater Verpflichtungen durch viel Engagement für den Verein aus und auch er hat den Basiskurs in Brissago erfolgreich abgeschlossen. Dr. Anselm Reiners ist zum ersten Beisitzer gewählt worden. Er ist nicht nur Internist und Facharzt für Physikalische Medizin, der selbst Perfettikurse besucht und auch in Bogenhausen ermöglicht hat, sondern er spricht auch perfekt Italienisch, wodurch er einen persönlichen Kontakt zu Prof. Perfetti herstellen konnte. Wir sind ihm sehr dankbar, dass er in Zusammenarbeit mit Martina Neugebauer und Birgit Gambihler den Perfetti-Basiskurs in der Klinik Bogenhausen organisiert.

Zu Beginn meiner Präsidentschaft möchte ich Ihnen erklären, wie ich das Amt der Präsidentin sehe: Meiner Meinung nach ist dies eine Person aus einer zusammenarbeitenden Gruppe. Gerade das ist ja die "emergente" Eigenschaft eines Vereins: durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Fähigkeiten vieler Personen erreicht ein Verein viel mehr als die einzelnen Personen alleine erreichen würden. Und unser Verein hat sehr viele Persönlichkeiten, die sich nicht nur bei ihrer Arbeit als hervorragende Therapeuten verdient machen, sondern auch beeindruckende organisatorische Fähigkeiten beweisen. Ich denke da nur an Stefanie Jung, Regina Bodynek, Birgit Rauchfuß, Susanne Keller, Heidrun Brand-Pingsten, Elisabeth Roth, Matthias Volquartz, Hanne Priusken, Martina Neugebauer, Birgit Gambihler

und viele mehr, die ich aus Platzgründen nicht aufzählen kann. Ich fände es schade, wenn man diese "Ressourcen" nicht nützen würde. Die Präsidentin sollte daher meiner Meinung nach eine Person sein

- bei der die Informationen zusammenlaufen und die informiert
- die eine allgemeine Anlaufstelle für alle Mitglieder darstellt
- die Aufgaben delegiert und koordiniert
- die Mitglieder immer wieder anspricht und aufmuntert, ihre Fähigkeiten auch für den Verein einzusetzen.

In diesem Sinne kam mir die Idee der "Liste der Aktiven". Dies sollte eine Liste von Mitgliedern sein, die bereit sind für den Verein bestimmte Dinge zu organisieren oder die als allgemeine Helfer den Vorstand unterstützen wollen. Diese Bereitschaft ist bei all unseren Mitgliederversammlungen von vielen bekundet worden. Jedoch häufig ist es so, dass man von der Mitgliederversammlung nach Hause fährt und dort holten einen der Alltag, das stressige Berufsleben und vielleicht sonstige Verpflichtungen ein. Da passiert es nur zu häufig, dass Versprechungen für den Verein ganz nach hinten gestellt werden oder gar vergessen werden. Mir erging es ja selbst oft so. Damit aber diese "Schätze" nicht für den Verein verloren gehen, würde ich es als meine Pflicht und Aufgabe ansehen, die Personen aus der "Liste der Aktiven" regelmäßig - sagen wir einmal im Monat - zu kontaktieren, um nachzufragen, was schon geschehen ist oder gegebenenfalls aufzumuntern, wieder für den Verein aktiv zu werden. Ich hoffe, dass sich doch einige Leute bei mir melden (susanne.wopfner@gmx.at), die sich in die "Liste der Aktiven" eintragen lassen möchten. Bitte gebt mir auch Bescheid, bei was ihr mithelfen wollt oder ob ihr einfach bereit seid zu helfen, wenn "der Hut brennt".

Im Protokoll unserer ersten Mitgliederversammlung könnt Ihr sehen, wie viel Dinge (Kurse, Symposien, Basiskurs, Flyer, Rundbrief etc.) schon erfolgreich organisiert werden konnten. Das Ganze ist mehr als die Summe der Einzelelemente, d.h. wenn wir alle harmonisch zusammenarbeiten, werden wir ganz Großes schaffen. Ich glaube es wird ein spannendes und sehr lehrreiches Jahr. Ich freue mich schon, mit Euch allen gemeinsam im Sinne der Kognitiven Rehabilitation voranzukommen.

Mit lieben Grüßen
Susanne Wopfner

Inhalt:

Der neue Vorstand:	Seite: 6
Prof. Perfetti: Die Sprache und das therapeutische System	Seite: 8
Susanne Wopfner-Oberleit: Bewusste Erfahrung	Seite: 10
Regina Klossek über ihre Erfahrungen in der Villa Miari	Seite: 15
Matthias Volquartz: Monographischer Kurs in der Villa Miari - ein kurzer Bericht	Seite: 16
Protokoll Mitgliederversammlung Aug. 2006	Seite: 17
Kurstermine/Fortbildungen	Seite: 20

Liebe Vereinsmitglieder!

Eine Mitgliederversammlung am 11. August dieses Jahres hat uns einen neuen Vorstand beschert nachdem der alte Vorstand geschlossen zurückgetreten war.

Wir stellen hier unseren neuen Vorstand vor

Präsidentin

Susanne Wopfner-Oberleit



Susanne Wopfner

Für die Mitglieder oder "Vielleicht bald Mitglieder", die mich bzw. meinen beruflichen Werdegang noch nicht so gut kennen, möchte ich mich kurz vorstellen:

Ich habe im Jänner 1989 an der Universitätsklinik Innsbruck / Österreich meine Diplombildung zur Physiotherapeutin abgeschlossen. Nach einjähriger Berufspraxis an der neurologischen Universitätsklinik in Innsbruck bin ich zu Prof. Perfetti gegangen, um dort 6 Monate lang am Krankenhaus von Schio / Italien eine Grundausbildung in den Kognitiv-Therapeutischen Übungen zu absolvieren. Da ich dazumal die erste Ausländerin war, die so eine Ausbildung bei Prof. Perfetti genoss, erhielt ich größte Aufmerksamkeit und Prof. Perfetti und alle seine MitarbeiterInnen

waren äußerst bemüht, mir in einer intensiven Lehr- und Lernphase das theoretische wie praktische Basiswissen zu vermitteln. Nach meiner Rückkehr aus Italien begann ich wieder an der Neurologischen Universitätsklinik zu arbeiten, wobei ich die Gelegenheit hatte, in allen Abteilungen, die eine durchgehende Rehabilitation beinhalten, zu arbeiten und somit Erfahrungen zu sammeln. Ich konnte also erproben, ob die Kognitiv-Therapeutischen Übungen sowohl auf der Intensivstation, auf der Nachsorgestation, im Bereich der stationären Rehabilitation (im Krankenhaus Hochzirl) sowie im Bereich der ambulanten Rehabilitation umsetzbar sind - was mit einem deutlichen "Ja" beantwortet werden kann. Ich arbeite nun in meiner eigenen Praxis ausschließlich mit neurologischen Patienten.

Seit Ende 1992 gebe ich für die Kognitiv-Therapeutischen Übungen Einführungs- und Praxiskurse, die ich allein oder zusammen mit Kolleginnen aus Italien halte und bin auch als Dozentin beim deutschsprachigen Basiskurs tätig.

Seit der Einführung einer Ausbildungsleiter 2001 durch AIDETC (associazione internazionale docenti esercizio terapeutico conoscitivo) bin ich "Docente di II. livello", also Dozentin zweiten bzw. höheren Niveaus. Diesen Titel behält man nur dann, wenn man mindestens zweimal jährlich an den Fortbildungen in Italien teilnimmt, um zu gewährleisten, dass die Dozenten immer das Aktuellste weitervermitteln.

1997 kam das erste Buch von Prof. Perfetti in deutscher Sprache heraus, "Der hemiplegische Patient - Kognitiv Therapeutische Übungen" Pflaum Verlag, das von mir und Anneliese Dieplinger Falchetto übersetzt und bearbeitet wurde. Das zweite Buch, das ich wieder zusammen mit Anneliese Dieplinger-Falchetto übersetzt und mitgeschrieben habe, "Rehabilitieren mit Gehirn - Kognitiv Therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie" wird demnächst wieder im Pflaum-Verlag erscheinen.

Mein Mann und ich haben zwei entzückende Söhne, Fabian 5 Jahre und Simon 2 Jahre, die unser Leben sehr ausfüllen und glücklich machen.

Nachdem wir letztes Jahr endlich unser Haus fertig gebaut haben, leben wir nun in einem schönen Dorf namens Zirl, das in der Nähe von Innsbruck liegt.

Schriftführerin

Kira Tschirner



Kira Tschirner

Seit der Mitgliederversammlung im August 2006 in Würzburg bekleide ich das Amt der Schriftführerin

unseres Vereins. Ich freue mich sehr darüber, dass ich gewählt wurde. Vielen Dank!

Ein bisschen über mich:

Mein Examen zur staatlich anerkannten Ergotherapeutin habe ich 2000 in Lippoldsberg absolviert. Nachdem ich ca. zwei Jahre im Reha-Zentrum in Oldenburg gearbeitet habe, ging ich für sechs Monate nach Santiago de Chile. Dort habe ich in einem Reha-Zentrum für Kinder (Teletón) mitgearbeitet und dabei Spanisch gelernt. Nach meiner Rückkehr hat es meinen Mann und mich aus beruflichen Gründen ins schöne Frankenland gezogen. Wir leben seit nunmehr über drei Jahren in Nürnberg, haben hier geheiratet und im April 2005 einen Sohn bekommen. Gearbeitet habe ich hier in mehreren Praxen überwiegend neurologisch und bin seit Januar stundenweise in einer Praxis in Zirndorf angestellt.

Einen großen Teil meiner Zeit widme ich dem süßen Magnus und seit August – seit meiner Wahl – einen nicht unerheblichen Teil der ehrenamtlichen Tätigkeit hier im VFGR. Zusätzlich bin ich ehrenamtlich im Fachkreis Neurologie des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) aktiv.

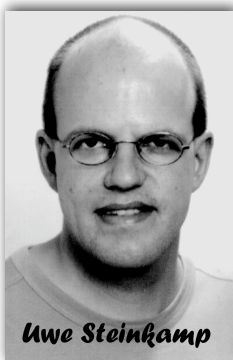
Wie alles begann:

Während meines Auslandsaufenthaltes 2002/03 in Santiago wurde das „Perfetti-Feuer“ bei mir entzündet. Ich sollte meinen chilenischen

Kollegen von „Perfetti“ erzählen, die von dieser Methode noch nichts gehört hatten. Das Dilemma war – ich auch nicht so richtig... Die Klinik Bethesda in Tschugg half mir sehr, indem sie mir viel Infomaterial nach Südamerika schickte, dass ich für die Kollegen übersetzte und ihnen dann vorstellen konnte. Zurück in Deutschland und begeistert von dieser Therapiemethode habe ich 2003 gleich bei unserem langjährigen „Clöb-Chef“ Dr. Conti im August einen Einführungskurs und im September einen Aufbaukurs belegt. Mein Glück war, dass im Januar 2004 auch gleich der erste Basiskurs startete und ich mich sofort anmeldete. Im Dezember 2004 konnte ich ihn – mit Magnus – erfolgreich abschließen. Ich freue mich über das Vertrauen, das ihr mir durch die Wahl zur Sekretärin entgegen gebracht habt und werde dem Verein mit voller Energie zur Verfügung stehen.

Kassierer

Uwe Steinkamp



Im August 2006 habe ich den Posten des Kassierers im VFCR übernommen. Für das entgegen gebrachte Vertrauen möchte ich mich herzlich bedanken.

lichst bedanken.

Nach meiner Ergotherapieausbildung in Melle 1996 ging ich für ca. 2 Jahre nach Koblenz und anschließend noch für 1,5 Jahre nach Kaisersesch in die Eifel. Dort arbeitete ich überwiegend im Pädiatriebereich in Praxen. Ende 1999 ging ich dann nach Ennigerloh zurück und eröffnete hier eine eigene Ergotherapiepraxis. Ennigerloh liegt im östlichen Münsterland zwischen Münster und Bielefeld. nachdem ich 99 die Fortbildung zum SI-Therapeuten und 2000 den sog. Bobaththerapeuten gemacht habe, kam ich 2000 erstmals mit den Cognitiv-therapeutische Übungen (CTÜ) nach Perfetti in Berührung. Ein Patient erzählte

mir von diesem Konzept, welches er bei seiner letzten Rehamaßnahme kennen gelernt hätte.

Ein Einführungskurs bei Dr. Conti und ein Aufbaukurs bei Frau Baronti schlossen sich dem 2001 an. Mir erschien dieses Verfahren von Anfang an recht schlüssig und durchdacht und wollte ständig mehr hierüber erfahren. So war ich dann 2002 für eine Woche zum hospitieren in Tschugg und nahm 2004 am ersten deutschsprachigen Basiskurs in Brissago in der Schweiz teil. Da unsere Zwillinge zum Zeitpunkt des Prüfungstermines geboren wurde, habe ich diesen dann im März in der Villa Miari in Santorso erfolgreich nachgeholt. Obwohl ich mich dort nur 2 Stunden aufgehalten hatte, hat mich dieses Haus sofort beeindruckt und so fuhr ich im Sommer 2005 für eine Woche zum hospitieren nochmals hier hin. Ein monografischer Kurs im April 2006 rundeten bis heute die Fortbildungen auf diesem Gebiet erst einmal ab, bin aber schon sehr gespannt auf den nächsten Kurs im April 2007 in der Villa Miari.

Neben den beiden Zwillingen (Gerrit und Ramon) haben wir noch einen weiteren Sohn (Joscha), der mittlerweile den Kindergarten besucht. wir wohnen in Westkirchen, einem kleinen Dorf in der Nähe von Warrendorf.

Beisitzer

Dr. Anselm Reiners

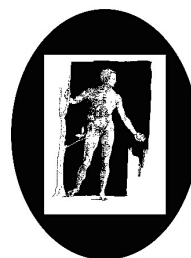
Geboren 1956 in München. Nach dem Abitur Beginn des Medizinstudiums in Italien (kurioserweise in Pisa, dem damaligen Wirkungsort von Prof. Perfetti). Nach 3 Jahren Fortsetzung und Abschluss des Studiums in München. Facharzt-Ausbildung zum Internisten, dann Ausbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medi-



zin. Tätigkeiten in Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Neurologie, Unfallchirurgie und Geriatrie. Schließlich leitender OA in der Abteilung für

Physikalische Medizin und Rehabilitation am Städt. Krankenhaus München Bogenhausen (CA Dr. Gadomski). Seit 2003 kommissarische Leitung der Abteilung, die zwischenzeitlich ihrem Schwerpunkt entsprechend umbenannt wurde in „Klinik für Frührehabilitation und Physikalische Medizin“.

Erste Kontakte mit dem „Perfetti-Konzept“ seit meiner Arbeit in der Frührehabilitation Dank sehr aktiver Therapeuten, die innovationsfreudig und überzeugend kognitiv-therapeutische Übungen sowohl bei Apoplex-Patienten, aber auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen einsetzten. Vertiefung des Interesses in Einführungs- und Aufbaukursen (S. Wopfner-Oberleit!!) und Besuchen der Kongresse in Schio sowie der Symposien des VFCR. Ich sehe es als meine Aufgabe an, das Konzept der CTÜ, seine Umsetzung und die Arbeit der Therapeuten nicht nur in der eigenen Klinik, sondern auch überregional zu fördern. Gerne habe ich, zusammen mit den engagierten Therapeutinnen unserer Klinik, die Planung eines Basiskurses in Deutschland unterstützt.



VFCR
Sparkasse Singen-Radolfzell
Blz 692 50035
Kto 330 24 45

Liebes Mitglied,
Wir möchten Sie bitten, den
Vereinsbeitrag immer am
Jahresanfang zu überweisen.

Therapeuten 35,- €
Ärzte 70,- €

VFCR
Verein für Cognitive
Rehabilitation

Prof. C. Perfetti:

Die Sprache und das therapeutische System

Übersetzung:
Susanne-Wopfner-Oberleit

Am 27., 28., 29. März sind am Forschungszentrum für Neurokognitive Rehabilitation in Santorso die ersten italienisch-deutschen Forschungstage für Rehabilitation, die vom Zentrum in Zusammenarbeit mit Eurem Verein organisiert wurden, durchgeführt worden. Die Tage waren dem Studium der "Sprache in der Rehabilitation" gewidmet. Das was nun folgt ist die Zusammenfassung der Einführungsvorlesung.

Die Bedeutung der Sprache innerhalb der Wiederherstellungsprozesse, sowohl die spontanen als auch die, durch den rehabilitativen Eingriff geleiteten, kann nur dann vollständig verstanden werden, wenn man sich auf die **Organisation des therapeutischen Systems** bezieht, also auf die Strukturierung jener Elemente, die an der Übung beteiligt sind - die Übung verstanden als wesentliches Element dieses Prozesses.

Analyse der therapeutischen Übung:

Bei der Erforschung der therapeutischen Übung, sowie bei der Erforschung aller komplexen Phänomene, muss die Methodik der Analyse, die angewendet wird, beachtet werden. Tatsächlich ist die Art, mit welcher die therapeutische Übung analysiert wird, von maximaler Bedeutung, nicht nur um die Auswirkungen der therapeutischen Behandlung zu verstehen, sondern auch um das eigene Wissen zu vervollständigen, denn von diesem

hängt die Möglichkeit ab, die therapeutische Übung auf entsprechender Komplexitätsebene zu interpretieren und zu perfektionieren.

Der Rehabilitateur stellt sich gewöhnlich nicht dem Problem der Vorgehensweise, die bei der Analyse der Übung angewendet wird. Es wird als selbstverständlich angesehen, dass dieser therapeutische Moment einfach als eine Reihe von Führungen dargestellt und erforscht werden kann, bei dem sich der Therapeut darauf beschränkt, eine Reihe von Kommandos zu geben oder, noch häufiger, eine Reihe physischer Reize am Patienten, der unterworfen zu sein scheint, durchzuführen. Die Infor-



mationsaufnahme durch den Patienten ist einzig und allein durch die Beobachtung von dem gegeben, was der Therapeut macht, also welche Veränderungen erreicht wurden, die visuell oder instrumental beurteilt werden.

Die Interpretation der Bedeutung, welche andere therapeutische Mittel haben können, macht es notwendig, dass der Erforschung jener Relationen größte Bedeutung beigemessen wird, die zwischen Therapeut und Patient in Funktion der Wiederherstellungsqualität gebildet werden können. Zur Erforschung der Übung wird also ein systemischer Zugang vorgeschlagen. Die Anwendung dieser Sichtweise

ermöglicht, den Sinn der verschiedenen rehabilitativen Vorschläge und den Stellenwert der von ihnen erreichten Ergebnisse besser zu verstehen. Zudem wird es möglich, die Bedeutung der Sprachanwendung (neben den anderen vorgeschlagenen Instrumenten) anzuerkennen. Die Sprache wird zu einem wichtigen Mittel beim Versuch das System, welches durch das pathologische Ereignis gestört ist, zu verändern.

Das therapeutisch - rehabilitative System

Man versteht unter dem «Therapeutisches System» ein Gefüge an Elementen, die am Wiederherstellungsprozess teilnehmen (Therapeut, Patient und externe Realität in welcher sie agieren) und der Relationen, die sie miteinander verbinden.

Die externe Realität kann auf das Minimale reduziert werden (z.B. Schwerkraft), also gleichzusetzen einer natürlichen Realität, die nur zum Teil verändert ist oder sich in Form des Therapeuten selbst zeigt, der zum Erzeuger von Widerständen und/oder anderen Reizen wird.

Die Organisation der Elemente, gegeben durch die gebildeten Relationen, wird in Funktion bestimmter Ziele konstruiert, die global mit dem Ausdruck Wiederherstellung definiert werden. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Wiederherstellung als **"emergente" Eigenschaft** des therapeutischen Systems definiert werden, d.h. als eine Eigenschaft, die weder das eine noch das andere Element innehat, sondern die durch die Relationen, die sich zwischen diesen bilden, durch deren Art und deren Modalitäten entsteht. Die verschiedenen rehabilitativen Ansätze, sowohl jene, die sich als strukturierte Methode darstellen, als auch jene, die empirisch vorge-

schlagen werden und theoretisch schlecht definiert sind, basieren alle auf unterschiedlichen Formen der Organisation, welche zwischen jenen Elementen gebildet wird, die von diesen vorgeschlagen werden. Diese Relationen erweisen sich als zweckdienlich für die verschiedenen Arten der Veränderungen, die der jeweilige Rehabilitateur erreichen will. Die Relationen, die die Elemente untereinander bei den verschiedenen Therapieansätzen (neuromotorisch, muskulär, okkupational, kognitiv) bilden, werden selbstverständlich unterschiedlich sein in Funktion der verhaltensmäßigen, biologischen, physiologischen etc. Eigenschaften, die man im Sinne von Veränderung für wichtig hält, also jene Eigenschaften die die "Emergenz" (Wiederherstellung) begünstigen. Man kann die rein physischen Relationen abhandeln oder die Relationen, die physiologisch besser definiert sind, die das zentrale Nervensystem mehr oder weniger komplex involvieren (z.B. über den Reflex). In anderen Fällen können die Relationen intentionaler Art sein, bestimmt also durch die Tatsache, dass die lebenden Elemente des therapeutischen Systems (Therapeut und Patient) fähig sind "nach etwas zu streben", sich also selbst zu organisieren in Funktion der Interaktion mit den Objekten, auf welche sie abzielen. Die Elemente, die die verschiedenen therapeutischen Systeme bilden, sind nur dem Anschein nach dieselben. Wenn auch in allen Fällen die Übung die Anwesenheit eines Therapeuten, eines Patienten und einer Umwelt, in welcher sich ihre Relationen abspielen, verlangt, so nehmen der Hemiplegiker des neuromotorischen therapeutischen Systems und der Therapeut, der ihn stimuliert an der therapeutischen Prozedur teil, indem sie unterschiedliche Eigenschaften aktivieren im Vergleich zu jenen Eigenschaften, die aktiviert werden, wenn die Elemente Teil eines kognitiv therapeutischen Systems darstellen. Es ist z.B. nicht schwierig festzustellen, dass der Therapeut, der eine neuromotorische Methode anwendet, am therapeutischen System nur dank seiner Beherrschung und Aktivierung jener Eigenschaften teilnimmt, die es ihm ermöglichen mit dem anderen Ele-

ment (Patient) in Verbindung zu treten, um Relationen ganz bestimmter Art zu kreieren (in diesem Fall physischer Art). Er muss also fähig sein, Reflexe zu aktivieren, die neben seinen Kenntnissen hauptsächlich dank seiner physischen Eigenschaften möglich werden. Es ist allerdings nicht notwendig, dass er Kenntnis darüber hat, welche Bedeutung die kognitiven Prozesse innerhalb der Wiederherstellung haben, es ist nicht notwendig, dass er einen korrekten Dialog mit dem Patienten führen kann, um bestimmte Antworten zu erhalten und es ist auch nicht notwendig, die Sprache des Patienten zu interpretieren mit dem Ziel die Bedeutung bestimmter Beschreibungen zu rekonstruieren, um die Rehabilitationsbehandlung besser planen zu können...

Die verschiedenen therapeutischen Systeme

Vom neurophysiologischen Standpunkt können therapeutisch-rehabilitative Systeme einfacher Art unterschieden werden, die darauf abzielen, die erwarteten Veränderungen durch die Aktivierung gering-synaptischer Kreisläufe hervorzurufen, um sofortige Antworten zu erhalten, eben durch die Aktivierung von Reflexen, fast immer absoluter Art. Diese Systeme sind so organisiert, dass nicht die Notwendigkeit besteht, den am System teilnehmenden Patienten zur Bildung von Relationen intentionaler Art aufzufordern, indem Sinn, dass die erwarteten Antworten hinsichtlich der Räumlichkeit und der Zeitlichkeit genau vorhersehbar sind und diese schon in der Situation im physisch-mechanischen Kontext enthalten und mehrheitlich von Patient zu Patient gleich sind. Eine Charakteristik der einfachen therapeutischen Systeme, welche bis jetzt unterbewertet worden ist, ist durch die Art gegeben, wie das Verhältnis zwischen dem biologischen Schaden und der Veränderung der Bewegung, die durch diese herbeigeführt worden ist, analysiert wird. Es ist eine gewisse "Einfachheit" gegeben, einmal durch den Versuch sofortige Veränderungen durch die Strategie Reiz -Antwort zu erhalten, zum anderen durch die fehlende Überlegung hinsichtlich des Aufbaus der

Handlung und schließlich durch das Desinteresse hinsichtlich der Pathophysiologie als strukturierendes Element. Aus diesen Gründen halten es diese Therapieansätze für nicht notwendig, sich auf die erlebte Erfahrung des Patienten zu beziehen und zwar vor, als auch nach dem plötzlichen Auftreten der Pathologie und während der rehabilitativen Behandlung. Daher sehen sie keine wirklich Bedeutung in der Anwendung der Sprache beim Wiederherstellungsprozess.

Der neurokognitive Vorschlag glaubt, dass die Sprache Teil der Übung und seiner Organisation ist, weil sie das Mittel darstellt, um verschiedene und mehr Relationen zwischen den Elementen, die Teil des therapeutischen Systems sind (Therapeut, Patient, Realität) zu bilden. Nur durch die angemessene Anwendung der Sprache ist es möglich, die physische Ebene der Relationen zwischen Patient, Therapeut und Umwelt zu überwinden. Natürlich muss die Sprache als Instrument für die Wiederherstellung auf das Erreichen der vorgesehenen Veränderungen ausgerichtet sein.

Man kann in der Entwicklung der Kognitiv-Therapeutischen Übungen sehen, dass sich die Anwendung der Sprache mit der Veränderung des **konzeptuellen Kernes** der Übung verändert hat - der konzeptuelle Kern, gesehen als das Element, das als am wichtigsten erachtet wird um jene Veränderungen, die am bedeutungsvollsten sind, zu erreichen.

Es ist in der Tat nicht schwierig zu erkennen, wie sich bei der Entwicklung des konzeptuellen Kernes, von den Afferenzen bis zu den letzten Theorien, über die Kontrolle, das Bewusstsein, die motorische Imagination als Repräsentation, das Problem und zuletzt die Information, die Anwendung der Sprache von Seiten des neurokognitiven Therapeuten verändert hat, um sich an das Gefüge der Übung anzupassen, dem Element, welches maximale Bedeutung hat beim Versuch die angestrebten Veränderungen zu erreichen.

Carlo Perfetti

**Susanne Wopfner-
Oberleit:**

Bewusste Erfahrung

Dieser Artikel ist eine Niederschrift des Vortrages, welche ich beim letzten Symposium am 25. Juni 2005 in Würzburg gehalten habe. Ziel dieses Artikels soll es sein, näher die bewusste Erfahrung an sich zu beleuchten und die Anwendung der verbalen Beschreibung der bewussten Erfahrung bei der Befundaufnahme zu erklären und mit praktischen Beispielen verständlicher zu machen. Die Anwendung der bewussten Erfahrung bei der Übung soll Thema eines der nächsten Rundbriefe sein.

Um sich dem Thema "Bewusstsein" etwas zu nähern, ist es sinnvoll die Arbeiten David J. Chalmers und Francisco Varelas zu studieren, die versucht folgende Fragen zu klären: Was bedeutet "bewusste Erfahrung"? und welche Bedeutung hat die "bewusste Erfahrung" ?

In seinem Artikel "Facing up the problem of consciousness" (1995) erklärt Chalmers gleich zu Beginn: „There is nothing that we know more intimately than CONSCIOUS EXPERIENCE, but there is nothing that is harder to explain.“ Das war und ist auch heute noch der Grund, weshalb viele Wissenschaftler nicht einmal den Versuch unternehmen, dieses schwierige Thema zu erforschen. Lange Zeit galt in der Wissenschaft, das was nicht messbar, nicht sichtbar und nicht kontrollierbar war, als nicht der Wissenschaft würdig. Bei der bewussten Erfahrung kommt noch erschwerend hinzu, dass es eine stark subjektive Fähigkeit ist und demnach für die Wissenschaft äußerst suspekt. Umso mehr muss man die Initiative von Chalmers würdigen, durch dessen Arbeiten viele Erkenntnisse gewonnen wurden, die gerade uns Therapeuten bei der

Arbeit mit dem Patienten eine große Hilfe darstellen.

Chalmers verheimlicht auch nicht, dass die Erforschung der bewussten Erfahrung nicht ganz einfach werden wird. Er sagt: „Es gibt nicht nur ein Problem bezüglich des Bewusstseins. „Bewusstsein“ ist ein unklarer Ausdruck und bezieht sich auf viele verschiedene Phänomene.“ Weiter meint er: „Jedes dieser Phänomene muss erklärt werden, wobei einige leichter zu erklären sind als andere.“ Er spricht von "hard problems" und "easy problems" und alle weiteren Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigten, greifen seinen Ausdruck des "hard and easy problems" wieder auf, womit es fast zu einem geflügelten Wort geworden ist.

„Die einfachen Probleme bezüglich des Bewusstseins scheinen direkt zugänglich zu den Standardmethoden der kognitiven Wissenschaft, wobei ein Phänomen in Form von computerbezogenen (computational) oder neuronalen Mechanismen erklärt wird.“

Folgende Fähigkeiten zählt Chalmers zum "einfachen Problem":

- Die Fähigkeit des Unterscheidens, Kategorisierens und die Fähigkeit auf Umweltreize zu reagieren
- Die Integration von Informationen durch ein kognitives System
- Die Fähigkeit mentale Zustände schildern zu können (reportability)
- Die gerichtete Aufmerksamkeit
- Die bewusste Kontrolle des Verhaltens
- Der Unterschied zwischen Wachheit und Schlaf

Der aufmerksame Leser mag jetzt erstaunt sein, dass Chalmers diese Fähigkeit zu den einfachen Problemen zählt. Tatsächlich ist auch ihm bewusst, dass die Erforschung allein dieser Fähigkeiten doch nicht so "easy" ist. "Obwohl wir derzeit nicht annähernd eine komplette Erklärung dieser Phänomene haben, haben wir doch eine klare Vorstellung wie wir möglicherweise vorgehen könnten, um diese zu erklären. Natürlich "einfach" ist ein relativer Ausdruck. Um die Details zu erkunden, werden wahrscheinlich ein oder zwei Jahrhunderte empirische Arbeit notwendig sein."

Doch weiter im Text erklärt er: „Das wirklich schwierige Problem bezüglich des Bewusstseins ist das Prob-

lem der Erfahrung (experience). Wenn wir denken und wahrnehmen, gibt es ein Schwirren (whir) an Informationsverarbeitung, aber da gibt es auch einen subjektiven Aspekt. Dieser subjektive Aspekt ist Erfahrung.“ „Wenn wir z.B. sehen, so erfahren wir visuelle Sensationen: die gefühlte Qualität von Rot, die Erfahrung von Hell und Dunkel, die Qualität der Tiefe in einem visuellen Feld.“

„Andere Erfahrungen gehen einher mit der Wahrnehmung in unterschiedlichen Modalitäten: der Klang einer Klarinette, der Geruch von Mottenkugeln, ... die gefühlte Qualität von Emotion und die Erfahrung eines bewussten Gedankenstromes.“

Mit diesen Beispielen will Chalmers erläutern, dass gerade die Subjektivität das Problem darstellt. Ein und dieselbe Situation mit wissenschaftlich messbaren Parametern wird dennoch von jeder Person anders empfunden. Man denke nur an Zeugenaussagen. Jeder Zeuge hat ein anderes Detail wahrgenommen oder wenn auch dasselbe Detail geschildert wird, so wird es dennoch ganz anders erklärt, denn jedes Individuum gibt dem einzelnen Geschehen eine andere Wertigkeit, erlebt es mit unterschiedlichen Emotionen und verbindet es mit unterschiedlichen Gedächtniselementen.

Um überhaupt beginnen zu können, diese Fähigkeit der bewussten Erfahrung zu erforschen, schlägt Chalmers folgendes vor: „Ein nützlicher Weg um Verwirrung zu vermeiden besteht darin, den Ausdruck „consciousness“ für die Erfahrung zu reservieren und den weniger beladenen Ausdruck „awareness“ für die einfacheren Phänomene, die vorher beschrieben wurden.“

„Das schwierige Problem ist schwierig, weil es nicht ein Problem bezüglich der Ausführung von Funktionen ist. Das Problem besteht selbst dann, wenn die Durchführung aller relevanter Funktionen erklärt ist.“ Und weiter schreibt er „...consciousness ist nicht ein Problem hinsichtlich der physikalischen Strukturen und Funktionen.“ Das Problem liegt also nicht in der Erforschung der Funktionen, sondern in der Erforschung von dem, was die Funktion begleitet. Dieses Erleben ist selbst bei ein und derselben Person bei derselben Handlung immer wieder neu und anders. „Wieso ist die

Durchführung dieser Funktionen von Erfahrung (experience) begleitet?“ fragt sich Chalmers selbst. „Da gibt es eine Erklärungslücke zwischen den Funktionen und der Erfahrung, und wir brauchen eine Erklärungsbrücke, um sie zu überwinden.“

Im Text weiter versucht nun Chalmers eine Erklärungsbrücke zu finden: „Erfahrung ist der zentralste und augenscheinlichste Aspekt unseres mentalen Lebens und ist vielleicht der Erklärungsschlüssel (key explanandum) in der Geisteswissenschaft.“

„Die Wahrheit bezüglich Erfahrung kann nicht die automatische Konsequenz irgendeiner physikalischen Rechnung sein, so wie es konzeptuell kohärent ist, dass jeder gegebene Prozess ohne Erfahrung bestehen könnte. Erfahrung mag aus dem Physikalischen entstehen, aber sie ist nicht eine logische Folge des Physikalischen.“ „Wir müssen nur weitere Prinzipien – Brücken (bridging principles) hinzufügen, um zu erklären wie Erfahrung aus physikalischen Prozessen hervorgeht (arise).“

„Wo auch immer bewusste Erfahrung ist, da gibt es auch eine entsprechende Information im kognitiven System, welches verfügbar ist für die Kontrolle des Verhaltens und verfügbar für verbale Berichterstattung.“ Damit spricht Chalmers eine erste Möglichkeit an, die Erfahrung zu erforschen, nämlich die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung, die nach heutigen wissenschaftlichen Möglichkeiten die einzige Vorgangsweise zu sein scheint, um dieses absolut subjektiv Element erfahrbar zu machen.

Doch wie soll man nun laut Chalmers genau vorgehen? „Das Basisprinzip, das ich vorschlage betrifft die Vorstellung von INFORMATION. ... dass Information (oder zumindest einige Informationen) zwei Aspekte haben, einen physikalischen Aspekt und einen phänomenologischen Aspekt.“ „Das führt zu einer Konzeption der Welt, in welcher die Information wahrlich das grundlegende Element ist und in welcher die Information zwei Aspekte hat, entsprechend den physikalischen und phänomenologischen Eigenschaften der Welt.“ Er meint damit, dass unser System viele Informationen aufnimmt und verarbeitet und dass einige Informationen auch zur Erfahrung werden d.h. ein emotionales Erleben

darstellen. Genau dieses emotionale Erleben ist nur durch die verbale Beschreibung für die "Außenwelt" zugänglich.

Der zweite wichtige Autor, der das "schwierige Problem" aufgreift und tiefer gehend erforscht ist Francisco J. Varela (1997). In dem Artikel „Una soluzione metodologica al „problema difficile“ – Neurofenomenologia (Eine methodologische Lösung des "schwierigen Problems" - Neurophänomenologie) erklärt er, dass für die Weiterentwicklung der Erforschung des Bewusstseins neue, pragmatische Instrumente notwendig sind. Erstmals spricht Varela von Neurophänomenologie und gründet damit vielleicht einen neuen Wissenschaftszweig. Phänomenologie ist die philosophische Bewegung des 20. Jahrhunderts, welche die Strukturen von Erfahrungen zu beschreiben versucht, wie sie sich selbst dem Bewusstsein darstellt. Begründer der Phänomenologie ist der deutsche Philosoph Edmund Husserl (1913: „Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie“)

Husserl untersuchte verschiedene Aspekte des menschlichen Geistes, darunter die Erinnerung, das Wünschen und die Wahrnehmung. Dabei entdeckte er, dass diese Tätigkeiten jeweils abstrakte Inhalte entsprechen, die Husserl Bedeutungen nannte. Diese ermöglichen seines Erachtens, eine Handlung unter einem ganz bestimmten Gesichtspunkt zu stellen. Er nannte dies Intentionalität, die er für den Schlüssel zur Bewusstseinsstruktur hielt.

Varela erklärt nun weiter in seinem Artikel, wie das Phänomenologische der Erfahrung erforscht werden kann: „Erfahrung ist klarerweise ein persönliches Ereignis, aber das bedeutet nicht, dass es privat wäre, wie eine isolierte Person, die in eine vorbestimmte Welt hinein geschmissen wird.....meine Erfahrung ist unentwirrbar mit jenen der anderen und der phänomenischen Welt in einem emphatischen Haufen verbunden.“ Er spricht also wieder an, dass selbst so subjektives wie die Erfahrung verbal beschrieben werden kann und somit für die "Außenwelt" verständlich wird: „Einer der prinzipiellen Merkmale der phänomenologischen Einstellung besteht darin, zu versuchen nicht mehr

das Subjektive dem Objektiven gegenüberzustellen, sondern ihre Dichotomie (Zweiteilung) aufzugeben zugunsten ihrer grundlegenden Wechselbeziehung.“ Er ist somit einer der ersten Wissenschaftler, der dafür eintritt, das Objektive und das Subjektive als gleichwertige Elemente der Wissenschaft zu sehen, womit auch unsere Arbeit immer größere Bedeutung für die Wissenschaft haben könnte. Demnach sei das Ziel der Neurophänomenologie: „der Zusammenschluss (codeterminazione) der Analyse der menschlichen Erfahrung in erster Person und mit einer externen Analyse – diese Codeterminanz beschreibt die phänomenologische Position in fruchtbaren Dialog mit der kognitiven Wissenschaft.“ Damit hebt er wieder die Bedeutung der Analyse in erster Person hervor. Weiters schreibt er: „Die Phänomenologie kann auch als eine Art der Reflexion beschrieben werden oder als eine Art des Denkens über unsere Fähigkeit, bewusst zu sein, bewusst zu agieren (essere consapevole).“ Durch diese Aussage von Varela wird deutlich, dass die Phänomenologie, also das bewusst machen von Erlebten zu einem bedeutenden Element der Übung wird. Wenn der Patient z.B. gelernt hat die abnorme Reaktion auf Dehnung bewusst zu erspüren und er sich bewusst ist, wie er darauf reagieren soll, also welche Strategie er anwenden soll, so wird diese Pathologie bald kein Problem mehr darstellen. Nur das was mir bewusst ist, kann ich auch verändern. Insofern ist Bewusstsein DER Schritt für den erfolgreichen Lernprozess.

Varela tritt nun weiter in seinem Artikel vehement für die Nutzung der bewussten Erfahrung ein: „Der Kernpunkt der Hypothese, die ich vorschlage, lautet eine präzise Richtung bezüglich der Vorgangsweise bei der Forschung der kognitiven Wissenschaft einzuschlagen, sodass die Physiologie des Gehirns und die mentale Erfahrung dieselbe Bedeutung bekommen.“ „Die Neuheit meines Vorschlages liegt darin, dass die genauen Analysen in erster Person ein integratives Element für die Bestätigung einer neurobiologischen Hypothese sein müsste.“ „...beide Analysen (in erster und dritter Person) bilden ein wechselseitiges Band – einer für den anderen.“

„Mein Vorschlag schließt mit ein, dass jeder gute Student der kogniti-

ven Wissenschaft, der sich auch für die Problemen der mentalen Erfahrung interessiert, auf alle Fälle eine höhere Fertigkeit bei der phänomenologischen Erforschung erlangen muss, um seriös mit den Analysen in erster Person arbeiten zu können.“ An dieser Stelle sollten wir uns direkt angesprochen fühlen. Ich würde sagen, alle Therapeuten, die nach den Kognitiv-Therapeutischen Übungen arbeiten, sind oder sollten Studenten der kognitiven Wissenschaft sein und sollten sich demnach auch für die bewusst Erfahrung interessieren. Es liegt natürlich in dem Geschick eines jeden einzelnen, seriös die Beschreibungen der Patienten zu interpretieren und für die Planung der Behandlung einzusetzen. Doch ich finde der Artikel von Varela macht Mut und Lust, dieses schwierige Unterfangen zu beginnen.

Zuvor sollten jedoch noch zwei weitere Begriffe erklärt werden: Erfahrung und Metakognition: Der Prozess der Erfahrung kann sich, als äußere Erfahrung, d.h. als Erfassen der Außenwelt, sowohl auf die externe Realität, als auch in Form der inneren Erfahrung, auf das eigene Erleben, d.h. auf die immanenten Vorgänge des Bewusstseins beziehen.

Erfahrung ist der zentrale Begriff der Erkenntnistheorie.

Die Metakognition bezeichnet die Auseinandersetzung mit den eigenen kognitiven Prozessen (alle Prozesse die für den Erkenntnisprozess notwendig sind), also das Wissen über das Wissen oder in anderen Worten das Bewusstwerden von sonst unbewussten Elementen.

Die Frage ist nun, wie kam es, dass wir uns verstärkt für das Bewusstsein interessiert haben. Bei der Entwicklung der Kognitiv-Therapeutischen Übungen kann man bisher drei Entwicklungsphasen erkennen: Bei der ersten Entwicklungsphase lag das Hauptaugenmerk auf der Analyse der spezifischen Motorik. Man hat sich also - von außen - angeschaut, inwieweit sich die Bewegung durch abnorme Reaktion auf Dehnung, durch abnorme Irradiation, Rekrutierungsdefizit und elementare Schemata verändert hat. Mit der Erforschung der Apraxie wurde klar, dass man für jeden Patienten ein Profil erstellen müsste, denn die Bewegung des Patienten

hat sich nicht nur durch die spezifische Motorik verändert. Die Art und Weise wie ein Patient sich bewegt, ist auch Ausdruck dafür, wie gut seine Körperwahrnehmung funktioniert, wie er die Fähigkeit der Aufmerksamkeit aktivieren kann, wie seine Vorstellungsgabe ist, ins besondere die Vorstellungskraft für Bewegung, wie ein Lernprozess initiiert werden kann und schließlich wie die Sprache benutzt werden kann. All diese primär nicht sichtbaren Elemente wurden vorerst nur von außen also durch deren Ergebnisse beurteilt. Man hat sich jedoch mit der Zeit gefragt, dass man z.B. die taktil-kinästhetische Wahrnehmung sehr gut von "außen" beurteilen kann, aber wir haben dadurch noch überhaupt keinen Einblick darüber, WIE der Patient zum Ergebniss kommt und vor allem wird es überhaupt nicht klar, wie der Patient nun nach dem Geschehen (Schlaganfall etc) seinen Körper empfindet. Wie ist das Körperbewusstsein nach einem Schlaganfall? Welche Empfindungen hat der Patient, welche Emotionen tauchen auf. Man hat z.B. von "außen" sehr gut analysiert, wie der Patient seine Aufmerksamkeit einsetzt. Aber haben wir dadurch schon erfahren, was er wirklich denkt, wie er vorgeht, wohin er seine Aufmerksamkeit wirklich lenkt? Es wurde also immer klarer, dass die introspektive Sicht bisher bei der Analyse und bei den Übungen gefehlt hat. Die Erforschung der mentalen Strategie wurde also zur neuen Aufgabe. Leider kann man nur durch die verbale Beschreibung des Patienten selbst erfahren, wie er persönlich die Außenwelt wie die Innenwelt spricht Körper erlebt, welche Überlegungen es anstellt, welche Strategien er benutzt, welche Emotionen er hat und welche Denkprozesse er aktiviert. Das Ziel der verbalen Beschreibung ist es eine introspektive Sicht zu bekommen und zwar darüber was der Patient denkt und was er fühlt. Dieser Prozess beginnt schon bei der Befundaufnahme. Man schaut sich also nicht nur an, wie stark die Elemente der spezifischen Motorik ausgeprägt sind (Analyse in dritter Person) sondern man erfragt vom Patienten, wie er diese Veränderung wahrnimmt. Die folgenden Fragen sind nur mögliche Fragen aus vielen und sollen den Einstieg in das Bewusste und teilweise Unbewusste erleichtern.

1) Abnorme Reaktion auf Dehnung:

mögliche Fragen

- Was spüren Sie?
- Wie fühlt sich das an?
- Vergleich zu anderen Seite?
- Gibt es einen Unterschied, ob man bewegt oder nicht?
- Wann ändert es sich?
- Können Sie es verändern?
- Was müsste passieren, damit es verschwindet?

Was möchte der Therapeut mit Hilfe dieser Fragen herausfinden?

- Ist er sich seiner Pathologie bewusst?
- Spürt er die ARD immer, bei Bewegung oder nur wenn man ihn darauf aufmerksam macht?
- Kann er genau den Ort der Pathologie zeigen?
- Nimmt er Unterschiede in der Intensität wahr?
- Nimmt er Unterschiede in der Intensität wahr?
- Welche Worte verwendet er?
- Ist sich der Patient bewusst, dass nur er selber die ARD kontrollieren kann und muss?

Einige Patientenbeispiele zeigen, wie perfekt manche Patienten Pathologien erspüren und auch korrekt damit umgehen - wenn man sie nur danach fragt:

- „Ich muss mit den Gedanken hineingehen, dann lassen sie nach. Ich muss zuerst denken den Daumen loslassen und dann erst kann ich ihn aktiv strecken.“
- Ich könnte den Ellbogen auch mit Kraft strecken aber dann ziehen sich die Finger zusammen.“
- „Das fühlt sich an wie Gummibänder – wie Seile die zu kurz sind – da zieht sich was zusammen – verkrampft sich.“

2) abnorme Irradiation

Die Fragen bei der Irradiation wie auch bei den anderen pathologischen Elementen sind oft ähnlich, beziehen sich aber auf etwas anderes. Aus Platzgründen wurden die Fragen für die einzelnen Pathologien gestrichen, da sie wie schon gesagt sehr ähnlich sind.

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Spürt er die IRR – spontan oder nur bei gerichteter Aufmerksamkeit

- Ist er sich bewusst, dass die IRR nicht immer gleich stark ist – auch darüber welche Faktoren die IRR verstärken können?
- Hat er schon Strategien gefunden (selbst oder geleitet) wie er auf diese Pathologie einwirken kann?
- Wie sehr ist er von seiner Kontrollfähigkeit überzeugt?

Patientenbeispiele:

- Wie geht es Ihnen, was macht der Arm? „Der linke Arm ist nach wie vor ein bisschen unförmig, er ist viel schwerer, unbeweglicher.“ Unbeweglicher von den Gelenken? „Nein von den Gelenken her geht alles in Ordnung. Aber die Muskeln, die sind einfach eingeschlafen, schwerfällig, unförmig. Der Arm wirkt vom Gewicht her viel schwerer und dann glaubt man, man muss mit voller Kraft heben – und durch die viele Kraft verkrampft dann alles.“

3) elementare Schemata:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Spürt der Patient die Pathologie?
- Oder erzählt er nur nach, was er von Therapeuten gehört hat?
- Nimmt er wahr, was anders ist?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass er selber die Bewegung verändern kann?
- Welche Strategie hat er für sich entdeckt, um die Bewegung zu verändern?
- Wie geht er vor, um die Bewegung zu ändern?

Patientenbeispiel

- Wie fühlt sich die nicht betroffene Schulter an? „Ich spüre, dass sie da ist, wie wenn ein warmes Netz darüber gelegt wäre. Wo? „Überall am ganzen Arm – ein engmaschiges Fischeschermnetz – es ist warm – hat kein Gewicht – der Arm hat schon ein bisschen Gewicht, aber nicht soviel, dass der Arm gestützt werden müsste.“ Und der betroffene Arm? „Ich spüre das Schulterblatt und das Schultergelenk – wie wenn sie zusammengewachsen wären – links spüre ich das Schulterblatt auch – aber nicht so stark.“ „Die Muskeln drücken etwas mehr, sie sind schwerer, müder – wie

wenn ein nasses Tuch auf den Oberarm liegt – das ist auch schwer und zieht nach unten.“

4) Rekrutierungsdefizit:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Ist für den Patienten das quantitative Rekrutierungsdefizit das einzige spürbare Defizit?
- Welche Strategie verwendet er, um es zu überwinden?
- Nimmt er auch qualitative Veränderungen wahr?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass er einen Einfluss auf die qualitative Veränderungen hat?
- Welche Strategie setzt er ein?
- Immer - von sich aus - oder nur nach Aufforderung?

Patientenbeispiel

- „Rechts ist natürlich alles so einfach, aber wenn ich mir die Bewegung auf der linken Seite auch nur vorstelle, dann fängt es an zu zucken - die Muskeln - es reißt und zieht - der eine links, der andere rechts.“ ...“Fürchtbar ist das! Und auch wenn ich den Arm aktiv bewegen will, beginnt bei der aller ersten Bewegung dieses Zeren und Zucken.“ Wie ist diese Übung (Tabellone, Imagination) für Sie? „Das ist immer so: Das erst mal vorstellen, das zweite mal vielleicht auch noch, da ist es am Schlimmsten (das Zeren und Zucken). Wenn man es öfters macht, dann beruhigt sich das.“ Was heißt beruhigen? „Dass es nicht mehr so fest zuckt. Je öfter man es macht, umso ruhiger wird es.“

Auch das **Profil** wird nun nicht mehr nur von außen erstellt sondern diese Analyse sollte möglichst von einer introspektive Sicht ergänzt werden.

5) Wahrnehmung:

Mögliche Fragen:

- Wie fühlt sich die Seite an?
- Im Vergleich zu anderen Seite?
- Was genau ist anders?
- Wie war das Gefühl direkt nach dem Geschehen?
- Ist das Gefühl bei Bewegung und bei Ruhe anders?
- Verändert sich das Gefühl bei bestimmten Situationen?
- Ist es gefühlsmäßig Ihr Arm / Bein?

- Wie ist das Für Sie das veränderte Gefühl? Belastet es Sie?

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Nimmt er seine betroffene Seite überhaupt wahr – nur bei gerichteter Aufmerksamkeit oder auch spontan?
- Wie nimmt er sie wahr?
- Stellt er eine Relation zur nicht betroffenen Seite her?
- Nimmt er den Unterschied nur im Vergleich zur anderen Seite wahr?
- Kam es seit dem Geschehen schon zur Veränderung der Wahrnehmung?
- Hat er von sich aus oder durch Hilfe des Therapeuten eine Strategie gefunden, wie er die Wahrnehmung verbessern kann?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass diese Strategie hilfreich ist?
- Ist er durch die Wahrnehmungsveränderung emotionell belastet?

Patientenbeispiel:

- „Die Hand gehört noch nicht richtig zu mir – sie ist schon irgendwie da, aber es ist ein Fleischhaufen. Ich muss die Finger berühren oder bewegen, damit ich die Finger spüre. Wenn ich mehr Gefühl hätte, wäre auch die Funktion besser. Ich verwende die Hand nicht weil ich kein Gefühl habe.“ „Sie (die Hand) bremst. Ich glaube die Hand ist viel daran schuld, dass ich den Arm noch nicht so einsetze - weil sie so unförmig ist - wie ein großer unförmiger Klumpen - am besten ist, wenn ich zur Hand hinschaue - ich muss sie sehen, dann ist es (das Gefühl) eher besser - dann sehe ich, dass sie in Wirklichkeit kein Klumpen ist sondern eine normale Hand. Wenn ich die Augen zu mache, glaube ich, dass ich etwas großes, wie einen großen Handschuh an habe. Wenn ich mich darauf konzentriere, spüre ich schon die einzelnen Finger, aber die Hand ist trotzdem ein Klumpen.“

Auch beim Profil habe ich die Fragen aus Platzgründen weggelassen, da sie oft ähnlich sind und natürlich der jeweiligen Situation angepasst werden müssen.

6) Aufmerksamkeit

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Hat der Patient für sich die Aufmerksamkeit als nützliches Mittel entdeckt?
- Wohin richtet er seine Aufmerksamkeit?
- Weiß er es nur theoretisch oder hat er schon positive Erfahrungen gesammelt?
- Aktiviert er die gerichtete Aufmerksamkeit von sich aus oder nur auf Aufforderung?
- Weiß er immer auf was er sich jeweils konzentrieren muss?
- Setzt er die gerichtete Aufmerksamkeit auch im Alltag ein?

Patientenbeispiel:

• Wie geht es Ihnen? „Mir kommt's so vor wie wenn ich es nicht rauf schalten könnte – ich spüre rechts dann links – nein das da'schalte nicht rauf – das ist komisch – auch beim Liegen – ich muss mich ganz fest konzentrieren – da geh ich ganz fest in mich hinein.“ Eine Therapiestunde später: „In mich hineingehen kann ich jetzt auf einmal gut – ich probiere es aus und komischerweise spür ich rechts gut – verstehe nicht wie so es links nicht so gut hinaufgeht – in den Körper hineinhorchen – ich war so verkrampft – hab nicht loslassen können – komischerweise kann ich das nur mit geschlossenen Augen – mit geschlossenen Augen kann ich gehirnmäßig besser sammeln.“

7) Sprache

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Kann der Patient über seinen Körper – in Bewegung und in Ruhe reden?
- Kann er über Gefühlses sprechen?
- Kann er mentale Strategien, die er anwendet verbalisieren?
- Kann er verbale Hinweise des Therapeuten umsetzen – Hinweise bezüglich Körper, Bewegung, Wahrnehmung, Strategien etc.?
- Verändert sich durch den Dialog sein Bewusstsein bzw. ist es möglich dass der Patient durch den Dialog bewusste Erfahrungen sammelt – hinsichtlich sei-

ner Körperwahrnehmung und seiner Strategien?

8) Lernprozess:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Nimmt der Patient aktiv am Lernprozess teil oder „lässt er sich behandeln“?
- Kann er angebotene Strategien umsetzen – wenn nein wieso nicht?
- Entwickelt er selber Strategien?
- Sind es zielführende Strategien?
- Kann er Strategien auch abändern?
- Wie ist der bisherige Verlauf der Rehabilitation?

Patientenbeispiel:

• Wie geht es? „Mit der Hand geht es jetzt sehr gut – das Hindecken geht leichter – jetzt habe ich eine wirklich gute Methode: wenn das Kribbeln kommt, leite ich es einfach weiter runter – ich denke das Blut muss fließen – runter und wieder rauf – geht gut – wenn ich reindenke, dann hört das Kribbeln auf – es kommt immer wieder, aber ich weiß wie damit umgehen – die Methode funktioniert – ja sie (die Hand) fühlt sich so an wie die rechte.“

9) Imagination:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Hat er noch die Fähigkeit, sich Bewegungen auf der betroffenen Seite vorzustellen?
- Wie stark verändert ist die Vorstellung im Vergleich zur Vorstellung auf der gesunden Seite?
- Wie stark automatisiert ist die Vorstellung/Bewegungsplanung bzw. kann er die Vorstellung auch abändern?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass Bewegungsvorstellung nützlich ist?
- Verwendet er von sich aus dieses Mittel?

Patientenbeispiel:

• Vorstellung: im Liegen Unterarm bis zur vollen Streckung sinken lassen: „Ich habe in der Vorstellung gespürt, wie sich der Unterarm Richtung Bett senkte, aber bei ca. 90 Grad wurde der Muskel hart, der Ellbogen blieb in dieser Stellung stehen. Ich

konnte mir einfach nicht vorstellen, den Ellbogen bis zur vollen Streckung sinken zu lassen. „Nein es hat nicht funktioniert. Der Ellbogen bleibt in der Vorstellung wieder stecken. Sobald ich mir die Bewegung mit Muskeln vorstelle, spüre ich die Anspannung des Muskels. Die Erinnerung ist einfach zu stark. Ich habe den Muskel seit neun Jahren nicht mehr locker gespürt!“

Man sieht für eine vollständige Befundaufnahme muss nicht nur eine sehr genaue Analyse der spezifischen Motorik durchgeführt werden, sondern man muss auch für den jeweiligen Patienten ein Profil erstellen. Zusätzlich sollte der Therapeut mit Hilfe der verbalen Beschreibung eine introspektive Sicht all jener Elemente (spezifische Motorik, Profil) erhalten, die man von außen erforscht hat.

Allein schon Begriffe wie Bewusstsein, Phänomenologie, Erfahrung oder Metakognition sind schon schwer zu begreifen. Noch schwieriger ist es diese in unserer täglich Arbeit mit dem Patienten umzusetzen. Ich hoffe, der Artikel hat etwas dazu beigetragen, diese Begriffe besser zu verstehen und ich hoffe, die Befundaufnahme am Patienten wird nun durch eine weitere Facette erweitert, nämlich durch die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung. Erst wenn ich erfahren habe, was mein Patient denkt und fühlt, werde ich die Behandlung korrekt planen und ausführen können.

Literatur:

1. Chalmers D.J. (1995) Facing up the problem of consciousness. Journal of Consciousness Studies, 2, No.3, pp. 200-19
2. Varela F.J. (1997) Una soluzione metodologica al "problema difficile" - Neurofenomenologia. Pluriverso II, 3, RCS libri s.p.a

Fußnote: Um dem Leser das Verständnis des Artikels möglichst einfach zu machen, habe ich mir erlaubt die angeführten Zitate aus dem Englischen wie Italienischem zu übersetzen. Diese Übersetzungen stellen keine offiziellen Übersetzungen eines anerkannten Dolmetschers dar, erfüllen aber - wie ich hoffe - dennoch ihren Zweck.

Regina Klossek: Erfahrungen in der Villa Miari (Santorso/Italien)

Meine ersten Erfahrungen mit „C. Perfetti in Bella Italia“

Tja, wie kam es eigentlich dazu, dass ich mich zu einer Hospitation in Italien entschieden habe... Eigentlich war eine damalige Kollegin „Schuld“. Sie empfahl mir damals eine Hospitation in der Bethesda Klinik in der Schweiz, was ich auch durchführte und sehr begeistert war. Als sie mir dann noch sagte, nachdem sie auch in Italien hospitiert hatte, dass das noch eine Steigerung zur Schweiz wäre, war für mich klar, dass auch ich dort hin musste.

Also wurde ich aktiv: Flug buchen... da kann ich auf jeden Fall z.B. Germanwings nach Verona oder Hapag Lloyd Express nach Venedig empfehlen, wobei Verona etwas näher ist. Rechtzeitig gebucht sind die Flüge echt erschwinglich und mit Bahnpreisen nicht mehr vergleichbar. Von der Sekretärin von Villa Miari, so heißt das Therapiezentrum von Herrn Prof. Perfetti in Santorso (in der Nähe von Schio), habe ich eine Telefonnummer von einem Hotel bekommen, die eine Art Zusammenarbeit mit dem Zentrum haben. Es gibt einen günstigeren Preis für das Zimmer und es ist neben dem Frühstück noch ein mehrgängiges Abendessen im internen Restaurant im Preis mit inbegriffen, was wirklich sehr, sehr gut ist. Nachdem ich auf englisch das Zimmer reserviert hatte, es gibt dort nämlich eine Angestellte, die etwas englisch spricht, bot man mir sogar an, mich vom Bahnhof

abzuholen. Das Angebot nahm ich dankend an.

Ein paar Wochen vorher habe ich einen einwöchigen Bildungsurlaub „Italienisch für Anfänger“ besucht. Dort habe ich die Ähnlichkeit zum Spanischen entdeckt. Das hatte ich in der Oberstufe, was leider schon furchtbar lange her ist, mir aber das Verstehen wirklich vereinfacht, wenn man langsam spricht. Was zugegebenermaßen bei den Italienern nie vorkommt, wenn man sie nicht darum bittet. Dann jedoch sind sie äußerst hilfsbereit, egal wen man anspricht. Das waren jedenfalls meine Erfahrungen.

Nun ja, jetzt komme ich endlich zum eigentlichen Thema:

DIE HOSPITATION IN VILLA MIARI

Die Anreise war ja nun das erste Problem, vor dem ich stand. Denn ich wusste, dass ich vom Flughafen Verona irgendwie zum Bahnhof

alte dunkle Möbel, wirklich sehr nett anzusehen. Auch mein Zimmer war super nett eingerichtet mit Dachschräge und einem sehr ansprechenden Badezimmer. Und das beste: voll klimatisiert, was Ende Juni hier wirklich vonnöten ist! Es stellte sich heraus, dass das Hotel nicht in Santorso liegt und dass Santorso nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Wenigstens nicht zu den Uhrzeiten, zu denen ich da sein sollte. Ach ja, solche Informationen erhält man nur auf explizite Anfrage oder wie ich von Steffi. Bei derartigen „organisatorischen Dingen“ sind die Italiener sagen wir mal - ähh eher locker eingestellt. Hat auch durchaus seine Vorzüge, wie man dann später herausfindet. Wir Deutschen sind das in dieser Form nur nicht gewöhnt.

Nun ja, auf jeden Fall wurde vom Hotel aus ein privater Fahrdienst für mich eingerichtet. Ein älterer Mann namens Angelo hat mich für ein klei-

nen Entgelt hingefahren und auch wieder abgeholt.

Nun aber wirklich zur eigentlichen Hospitation:

Schon mal vorweg: Alle sind sehr bemüht, sich auch auf englisch auszudrücken, um dem Hospitanten alles erklären und auf seine Fragen eingehen zu können. Es gab also Dinge für mich

neu zu lernen, was ich bislang in keiner Fortbildung auf diese Art mitbekommen hatte. Klar war mir auch viele Übungsvariationen neu und manchmal konnte ich gar nicht so schnell mitschreiben und -zeichnen wie ich gern getan hätte. Das beeindruckendste für mich war jedoch etwas anderes. Es fällt mir schwer, dies in Worte zu fassen. Es ist so etwas wie: Was gebe ich dem Patienten für ein Wissen und eine Erfahrung über seinen Körper v.a. auch über seine betroffene Seite mit? Es werden hier sehr bewusst z.B. auch emotionale Aspekte in die



kommen musste, um von dort aus nach Schio (sprich Skio) zu gelangen. Klar war auch, dass meine Sprachkenntnisse mehr als schlecht waren. Dennoch... es gestaltete sich alles als sehr problemlos, denn in großen Städten an öffentlichen Institutionen wie z.B. dem Flughafen oder dem Bahnhof, spricht man selbst in Italien englisch. Am Bahnhof in Schio angekommen, rief ich das Hotel an. Kurze Zeit später wurde ich abgeholt und ins Hotel gefahren. Das besagte Hotel ist wirklich sehr schön: Alles ist im Fachwerkhausstil eingerichtet. Vertäfelungen,

Therapie mit eingebaut. Solche Fragen wie: Wie gefällt Ihnen die Oberfläche oder der Druck des Schwammes? Was gefällt Ihnen besser? sind hier im Seitenvergleich rechts/links an der Tagesordnung. Und welche Bedeutung wirklich jeder einzelnen Wortwahl des Patienten beigemessen wird, ist mir erst jetzt wirklich bewusst. Ich war und bin weiterhin maximal beeindruckt, muss ich sagen und wage zu behaupten, dass ich erst jetzt wirklich den eigentlich richtigen Eindruck der kognitiv therapeutischen Übungen habe.

Wie beeindruckt ich tatsächlich war, wird wohl erst durch die Tatsache deutlich, dass ich nun, knapp ein Jahr später, mit einem Stipendium der "Leonardo da Vinci Stiftung" aus Deutschland hier eine einjährige Hospitation mache und mich für die Zeit von meinem Arbeitgeber habe freistellen lassen.

Was will ich also mit dieser ganzen Geschichte sagen...

Werbung will ich dafür machen, dass auch Ihr den etwas längeren Anfahrtsweg in Anspruch nimmt, um hier etwas zu bekommen, was ihr bislang in dieser Form in keiner anderen Fortbildung in Deutschland erfahren könnt. Die Hospitation an sich kostet nichts, dafür muss man halt Flug und Hotel zahlen, was inzwischen nichts Außergewöhnliches mehr auch bei Fortbildungen in Deutschland ist.

Gern würde ich Euch dabei in Rat und Tat zur Seite stehen, solange ich hier bin. Denn als ich vor einem Jahr hier war, war auch eine andere Deutsche für eine Jahreshospitation hier, die mich auch z.B. mit Übersetzungen und anderen organisatorischen Informationen sehr unterstützt hat.

Also, ran an die Planung!

Für Unterstützung jeglicher Art stehe ich unter

regina.klossek@web.de

gerne zur Verfügung!

Ich würde mich sehr freuen, auch Dich hier in Santorso zu sehen und damit einen kleinen Beitrag zur weiteren Verbreitung und Vertiefung des Konzeptes der kognitiv therapeutischen Übungen nach Prof. Carlo Perfetti leisten zu können.

Regina Klossek

Matthias Volquartz:

Monographischer Kurs in der Villa Miari

Vom 27. bis 29 März fand in der Villa Miari in Santorso (Italien) der erste Monographische Kurs in deutscher Sprache statt. Thema des Kurses war: *Die Sprache und das therapeutische System* (siehe S. 7). Das war schon etwas Besonderes, so ließ es sich der Bürgermeister von Santorso nicht nehmen alle Gäste zu begrüßen.

Der Stolz in einem kleinen Ort eine so bedeutungsvolle Einrichtung zu haben war nicht zu überhören und nur allzu berechtigt.

Auch in anderer Hinsicht war das Ereignis bedeutungsvoll, wir sollten in unserer Naivität so manche Erfahrung machen. Die

Kommunikation stellte sich als Problem heraus, die Anreise und die Unterbringung der Teilnehmerinnen musste organisiert werden und vieles andere mehr. Von uns, Doris Endres-Schmitt und mir, etwas holperig umgesetzt - sind wir doch keine Profis im Veranstellen von Bildungsreisen - trafen sich dann aber doch 17 Interessierte Therapeuten/innen vor Ort und es sollte ein voller Erfolg werden.

Die erste Überraschung erwartete uns schon bei der Anreise, hat doch der durchschnittliche Mitteleuropäer die absurde Erwartung in "Bella Italia" schiene immer die Sonne. Zunächst wollte auch alles darauf hi-

nauslaufen, kaum war der Brenner bezwungen schien der Frühling nah, doch auf dem Weg über den Passo Piàn delle Fugazze kamen uns Touristen mit Skiausrüstung entgegen, das verhieß nichts Gutes. Und tatsächlich bis Schio nordischer Nebel und Kälte.

Die Villa Miari hingegen entschädigte für alles. So stellt sich ein deutscher Therapeut eine italienische Villa vor - es hätte nicht beeindruckender sein können.

Vortrefflich organisiert hörten wir eine Eingangsvorlesung von Professor Perfetti (der übrigens auf ein Honorar verzichtete), welches in gewohnt souveräner Art von Susanne Wopfner-Oberleit übersetzt wurde. Zur Ablösung beim Übersetzen hatte sich auch Hanne Pruiken zur Verfügung gestellt, der wir hiermit noch einmal ausdrücklich danken wollen.

Die Umsetzung der Gedanken zur Sprache im therapeutischen Prozess wurde uns von Franca Pantè und



Carla Rizello erläutert. In einer praktischen Einheit am dritten Tag hatten wir die Gelegenheit das Gelernte umzusetzen.

Der Tenor am Ende der drei Tage war einheitlich: Das müssen wir unbedingt wiederholen! Und so plant der Verein vom 12. bis 14. April 2007 einen weiteren Kurs, das Thema wird noch bekanntgegeben.

Bleibt noch zu erwähnen, dass dem Kollegen Uwe Steinkamp und mir eine Vertiefung des Themas *Fulica atra italensis* (Blesshuhn) in Ermangelung von Zeit nicht gelungen ist. Wir versprechen jedoch, dass dieses Kapitel im Rundbrief noch nicht erledigt ist...

Mitgliederversammlung 11.08.2006

Ort:
Würzburg Haus Franken
Uhrzeit:
16.00 - 18.00 (Teil I)
18.00 - 20.00 (Teil II) Teilnehmer:

Doris Endress-Schmitt (Teil I)
Matthias Volquartz (Teil I)

Susanne Wopfner-Oberleit
Kira Tschirner
Uwe Steinkamp
Dr. Anselm Reiners

Entschuldigt:
Beatrix Wulff, Dr. Albert Fujak

Sitzungsleitung:
Doris Endress-Schmitt (Teil I)
Susanne Wopfner (Teil II)
Protokoll:
Matthias Volquartz (Teil I)
Kira Tschirner (Teil II)

Protokoll Teil I

TOP 1 Begrüßung

Begrüßung aller Anwesenden durch die Präsidentin Doris Endes-Schmitt. Sie äußert die Hoffnung, dass durch ihren Rücktritt und die Wahl eines neuen Vorstandes die Arbeit im Verein wieder konstruktiv und produktiv wird. Die Tagesordnung wird ergänzt und ein Punkt "Verschiedenes" angefügt, der es ermöglichen soll, die weitere Arbeit zu diskutieren.

TOP 2 Bericht der Präsidentin

Doris Endres-Schmitt informiert über ihre Aktivitäten während ihrer Amtszeit:

- Es haben drei Treffen in der Villa Miari in Santorso (Italien) stattgefunden. Diese mündeten in einem Kurs am gleichen Ort. (27-29 März 06)
- Das Symposium im Juni 2006 und die Mitgliederversammlung wurden im Zuge massiver Unstimmigkeiten im Verein aufgegeben. Diese waren auch der Grund vom Amt der Präsidentin zurückzutreten.

Es wird von den Mitgliedern bemängelt, dass kein Symposium stattgefunden hat, mehrere Mitglieder hatten ihre Bereitschaft signalisiert Aufgaben zu übernehmen.

Es herrscht Übereinkunft, dass nach den Kontroversen ein Schlusstrich gezogen wird, um konstruktiv weiterarbeiten zu können.

TOP 3 Bericht des Sekretärs

Matthias Volquartz gibt eine kurze Erklärung ab, in der er seinen Rücktritt u.a. aus persönlichen Gründen bekannt gibt. Im Interesse des Vereins sei ein neuer Vorstand erforderlich. Herr Volquartz wird auch weiterhin für Aufgaben innerhalb des Vereins zur Verfügung stehen.

TOP 4 Bericht der Kassiererin

Beatrix Wulf lässt sich durch ein Schreiben entschuldigen. Die Abrechnungen für das Berichtsjahr liegen vor. Es wurde jedoch vom Vorstand versäumt, die Kasse rechtzeitig vor der Mitgliederversammlung von Birgit Rauchfuß und Dorothea Jütte prüfen zu lassen.

Auch Frau Wulf informiert die Mitglieder, dass sie aus dem Vorstand ausscheiden wird. Sie wünscht einen gelungenen Neustart.

TOP 5 Bericht der Kassenprüfung

Der Vorstand hat es versäumt die Kasse bis zum 11.08.2006 zu prüfen, dieses wird von den Mitgliedern stark kritisiert.

Weiter wurde kritisiert, dass die Kosten für den Kurs im März in Santorso sehr hoch waren. Der Verein musste 3000€ übernehmen. Grund der Kritik war, dass durch die Übernahme der Organisation von Doris Endes-Schmitt, die Referenten Geld bekamen, worauf sie vorher verzichtet hatten. Auch die Sekretärin von Prof. Perfetti erhielt zusätzlich 1.500€.

Der Vorstand begründet seine Entscheidung mit dem Stellenwert der Fortbildung. Zudem sind auch zukünftig Kurse geplant, die diese Ausgaben wieder einbringen könnten.

Die Kasse wurde direkt vor der Mitgliederversammlung von Elisabeth Roth und Uwe Steinkamp geprüft und für korrekt befunden. Ausgenommen von dieser Prüfung wird ein Beleg aus Santorso in italienischer Sprache, der nicht zugeordnet werden konnte.

Nach Antragstellung auf Kassenentlastung wird diese mit 11 Ja-Stimmen und einer Enthaltung entlastet.

TOP 6 Antrag auf Entlastung des Vorstandes

Der Vorstand wird einstimmig entlastet.

TOP 7 Rücktritt des Vorstandes und des Beisitzers

Der gesamte Vorstand (Präsidentin Doris Endes-Schmitt, Sekretär Matthias Volquartz, Kassiererin Beatrix Wulf und Beisitzer Dr. Albert Fajak) treten geschlossen zurück. Dieses liegt in schriftlicher Form vor. Alle signalisieren jedoch ihre Bereitschaft, dem Verein auch künftig mit Rat und Tat zur Verfügung zu stehen.

TOP 8 Wahl des neuen Vorstandes

Auf Antrag der Mitglieder finden die Vorstandswahlen geheim statt.

Für das Amt der Präsidentin kandidiert Susanne Wopfner. Sie wird mit 8 Ja-Stimmen, 3 Enthaltungen bei einer Gegenstimme gewählt.

Für das Amt der Sekretärin kandidiert Kira Tschirner. Sie wird einstimmig gewählt.

Für das Amt des Kassierers kandidiert Uwe Steinkamp. Er wird einstimmig gewählt.

Ende des 1. Teils der Mitgliederversammlung

Teil II

Top 9 Vorstellung der neuen Präsidentin

Susanne Wopfner, die neue Vorsitzende stellt sich und ihre Vorstellungen vor, wie sie ihr Amt ausführen möchte. Sie übernimmt im 2. Teil der Mitgliederversammlung die Leitung.

Die Vereinsarbeit soll von vielen Helfern mit getragen werden. Hierzu wird eine „Liste der Aktiven“ erstellt, die den Verein unterstützen möchten.

Es findet jährlich ein Symposium statt.

Jährlich wird ein monographischer Kurs (Kurs mit einem Thema) in Italien organisiert.

Es werden regelmäßig Basiskurse stattfinden, Ort: vielleicht München-Bogenhausen.

Der Rundbrief soll mindestens 2x jährlich erscheinen.

Der Verein sollte jährlich auf dem deutschen Ergotherapiekongress vom DVE mit einem Stand vertreten sein und wenn möglich auch mit einer Referentin.

TOP 10 Symposium 2006

Trotz der turbulenten Zeiten soll in diesem Jahr noch ein Symposium parallel zum Basiskurs stattfinden.

Ort: München Bogenhausen

Fr. 01.12.06 ab 18.00 Uhr Mitgliederversammlung

Sa. 02.12.06 von 9.00-10.00 Uhr mit dem Basiskurs gemeinsamer Vortrag einer italienischen Kollegin und von 10.00-16.00 separat an einem anderen Ort der Klinik

Referenten: Italienische Kollegin, Susanne Wopfner, Dr. Reiners, Martina Neugebauer und andere

Anmeldung Symposium: Kira Tschirner

Im Rundbrief soll noch ein Aufruf zur Einsendung von Vorschlägen für Vorträge (15 Min.) erscheinen.

TOP 11 Symposium 2007

Ort: Innsbruck

Fr. 22.06.07 Mitgliederversammlung

Sa. 23.06.07 Vorträge

Prof. Perfetti hat seine Teilnahme mit einer Mitarbeiterin zugesagt

Anmeldung Symposium: Elisabeth Roth

TOP 12 Symposium 2008

Eventuell in Frankfurt höchst in der Ergotherapieschule, Elisabeth Roth hat Verbindung zu Frau Götsch hergestellt, die den Raum gratis zur Verfügung stellen würde und auch bei der Organisation vor Ort helfen würde.

TOP 13 Monographischer Kurs 2007

12. -14.04.07 in Santorso, Organisation: Regina Bodynek, Birgit Rauchfuß, Stefanie Jung. Korrespondenz mit Italien: Susanne Wopfner.

TOP 14 Annoncen

Es soll eine Gesamtannonce für die Symposien 2006 & 2007, Monographischer Kurs 2007 und Basiskurs 2006 geschaltet werden

Zeitschriften evtl.: Ergotherapie & Rehabilitation (vom DVE) und Praxis Ergotherapie, sowie evtl. auf der Internetseite von ErgoXchange

TOP 15 Flyer

Der alte Flyer wurde von Susanne Wopfner inhaltlich überarbeitet und ergänzt und von den anderen Teilnehmern der Mitgliederversammlung Korrektur gelesen. Die Kontaktadressen des VFCR sollen als Einlegeblatt beigelegt werden, damit bei Adressänderungen o.ä. nicht der gesamte Flyer neu aufgelegt werden muss. Logo und Deckblatt bekommen wir von Matthias Volquartz. Kira Tschirner fragt einen Ergotherapeuten (Graphiker) bzgl. des Layouts und übernimmt den Druck. Elisabeth Roth nimmt den fertigen Flyer mit auf ihre Homepage.

TOP 16 Homepage

Für den Verein wurden bereits seit langem von Birgit Rauchfuß und G. Weigl einige Domains gesichert. Susanne Wopfner und Kira Tschirner erkundigen sich bei den beiden welche das sind. Bei der nächsten Vorstandssitzung wird das Thema insgesamt vertieft.

TOP 18 Einheitliche Kursbezeichnung

Folgende Kursbezeichnungen sollen für den deutschsprachigen Raum vereinheitlicht werden:
 Informationskurs (1,5-2 Tage / 10-15 Stunden)
 Einführungskurs (5 Tage / 35-40 Stunden)
 Basiskurs (15 Tage / 105 Stunden)
 Monographischer Kurs (3 Tage / 20 Stunden)
 Praxiskurs (3 Tage / 20 Stunden)

TOP 19 Verschiedenes

"Liste der Aktiven": Wer aktiv beim Verein bestimmte Aufgaben übernehmen möchte oder als allgemeiner Helfer bei der Organisation bestimmter Dinge beteiligt sein möchte, soll sich bei Susanne Wopfner melden. (susanne.wopfner@gmx.at)

Regina Klossek ist gerade in Santorso im Praktikum und bleibt voraussichtlich bis Weihnachten 06. Sie ist gerne Ansprechpartnerin für Hospitationen (Regina.Klossek@web.de)

Hanne Pruiskens, die die Ausbildung in Italien gemacht hat und Dozentin 1. Stufe ist, wird beim Ergokongress 2007 in Kassel einen Vortrag über "KTÜ bei orthopädischen Patienten" und ein Seminar über "Imagination" halten

Mitgliederliste: Kira Tschirner versucht aus den verschiedenen bestehenden Mitgliederlisten eine aktuellen zu erstellen. Es wird gebeten, sie bei Adressänderungen sofort per Mail zu informieren.

Bei Neueintritten werden die Mitglieder von Susanne Wopfner begrüßt.

Die Bezeichnungen der Therapeuten der verschiedenen Ausbildungsstufen und das Procedere der Einstufungen werden in der nächsten Vorstandssitzung nochmals besprochen.

Die künftigen Kursbestätigungen sollen mit Lehreinheiten versehen werden. Kira Tschirner erkundigt sich nach der Vorgehensweise.

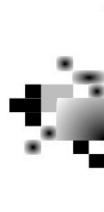
Es besteht die Idee die Symposien auch über die Landesärztekammer bepunktet zu lassen.

Wegen der Kassenübergabe setzt sich Uwe Steinkamp mit Beatrix Wulff in Verbindung und überlegt sich die Vorgehensweise der säumigen Zahler.

Kira Tschirner erstellt eine aktuelle Vorstandsliste und mailt sie den neuen Vorstandsmitgliedern. Das neue Buch von Prof. Perfetti erscheint Ende 2006 im Pflaum-Verlag.

Für das Protokoll
 Matthias Volquartz (Teil I)
 Kira Tschirner (Teil II)

Datum: 14. Aug. 06



Adressänderungen

Damit Sie auch weiterhin unsere Rundbriefe beziehen, vergessen Sie nicht, uns Ihre neue Adresse mitzuteilen.

Haben Sie einen Rundbrief nicht erhalten?

Bitte setzen Sie sich mit mir in Verbindung!

Kira.Tschirner@gmx.de

Schriftführerin:

Kira Tschirner
 Fichtestr. 30
 90489 Nürnberg

Telefon: 0911/4244830
 Kira.Tschirner@gmx.de



**Verein für Cognitive
 Rehabilitation**

Perfetti Kurstermine von Susanne Wopfner

2006 und 2007 werde ich folgende "Perfetti - Kurse" halten bzw. daran beteiligt sein (Basiskurs):

Zweiteiliger Einführungskurs: 1. Teil: **6. - 8. Oktober 2006**, 2. Teil: **10. - 12. November 2006**: : "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Basiskurs: Theoriewoche: **27.11. - 2.12.2006**, Praxiswochen: 5.3. - 9.3.2007, 26.3. - 30.3.2007 (beide Termine in Santorso / Italien), 19.2. - 23.2.2007, 16.4. - 20.4.2007 (beide Termine in Brissago / Schweiz), 12.2. - 16.2.2007, 2.4. - 6.4.2007, 9.7. - 13.7.2007 (alle drei Termine in Bogenhausen / München), Anmeldung: Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, Engelschalkingerstr. 77, z. H. Frau Bräu, Sekretariat, Tel.: +49 (0) 89 / 9270 - 2401, E-Mail: physmed@kh-bogenhausen.de

Praxiskurs: **8. - 10. Dezember 2006**: : "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Zweiteiliger Einführungskurs: 1. Teil: **26. - 28. Jänner 2007**, 2. Teil: **23. - 25. März 2007**, : "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Praxiskurs in Nürnberg: **18. - 20. Mai 2007**, mail: Kira.Tschirner@gmx.de

Zweiteiliger Einführungskurs: 1. Teil: 28. - 30. September 2007, 2. Teil: 26. - 28. Oktober 2007. Leibniz Kolleg Hannover, Tel.: +49 (0)511 - 16769611, Fax: +49 (0)511 - 16769615, info@leibnizkolleghannover.de

Zweiteiliger Einführungskurs: 1. Teil: 2. - 4. November 2007, 2. Teil: 7. - 9. Dezember 2007, Ansprechpartner: Frau Kaiser, akaiser@di-dornstadt.de, Tel.: +49 (0) 7348 / 9874 - 73, Fax: +49 (0) 7348 - 30



Verein für Cognitive
Rehabilitation

PERFETTI-FORTBILDUNG

A.I.D.E.T.C.

Symposium in München Bogenhausen vom 01.12. bis 02.12. 2006
Basiskurs in München Bogenhausen Teil I vom 27.11. bis 02.12. 2007
Symposium Innsbruck vom 22.06. bis 23.06. 2007 (mit Prof. Perfetti)
Monographischer Kurs in Santorso/Italien vom 12.04. bis 14.04. 2007

Information und Anmeldung: Präsidentin Susanne Wopfner-Oberleit (susanne.wopfner@gmx.at)
Sekretariat Kira Tschirner (Kira.Tschirner@gmx.de)

Information u. Anmeldung Basiskurs: Sekretariat Frau Bräu (physmed@kh.bogenhausen.de)



Rehabilitieren mit Gehirn

EINLANDUNG ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Liebes Mitglied, ich möchte Sie recht herzlich im Rahmen
unseres Symposiums vom 1. - 2.12.2006 in München/
Bogenhausen zur Mitgliederversammlung einladen.

**MITGLIEDERVERSAMMLUNG AM
FREITAG 1.12.2006 UM 18.00 UHR**

Ihr Vorstand



Verein für Cognitive
Rehabilitation

Liebes Mitglied,
Wir möchten Sie an den
Vereinsbeitrag für 2006 erinnern.

Schon Vereinsbeitrag gezahlt ?

Therapeuten 35,- €
Ärzte 70,- €

VFCR
Sparkasse Singen-Radolfzell
Blz 692 50035
Kto 330 24 45



Neuerscheinung
In Kürze

Rehabilitieren mit Gehirn



Carlo Perfetti

**Kognitiv-therapeutische Übungen
in der Neurologie und Orthopädie**

**Pathologie besser interpretieren –
Rehabilitation gezielt planen**

Ca. 350 Seiten mit ca. 175
Abbildungen, kartoniert, ca. EUR 34,-
(D), 35,- (A), sFr 57,20

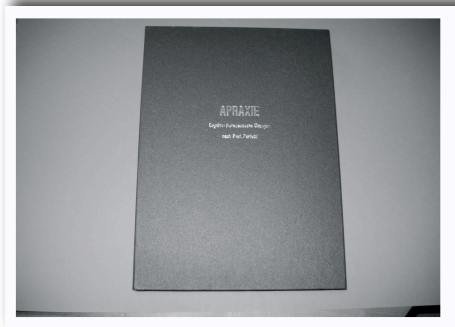
ISBN 3-7905-0944-2, 978-3-7905-0944-1

Erscheint im 2. Halbjahr 2006

Apraxie-Therapiematerial

cognitiv-therapeutische Übungen

nach Prof. Perfetti



Das Therapiematerial besteht aus einer Serie von 40 Fotografien, die die kognitive Behandlung von Apraxie darstellen. Die Serie ist nach Prof. Perfetti zusammengestellt.

Zu den Fähigkeiten, welche Apraxie Patienten wiedererlangen sollen gehören das Dekodieren und Transformieren von wahrgenommenen Informationen in andere Sinneskanäle.

Bewegungsveränderungen in oberer und unteren Extremität finden in 1, 2 oder 3 Gelenken statt.

aus Fotoserien für die speziellen Patienten. Sie sind nach Vorübungen nach Prof.



1 Fotoserie enthält 3 - 4 Bilder.

Die Fotos sind nummeriert, gedruckt und laminiert.

Jede Serie enthält ein großes Bild und 4 Einzelbilder.

1 Kiste enthält 40 Fotoserien



Die Bilder sind in einer handgefertigten Kiste (Buchbinderei Roger Green) sortiert aufbewahrt und so immer griffbereit.

Mit den Maßen B 27cm, L 39,5cm, H 4cm ist die Kiste auch für die Mitnahme zu Hausbesuchen sehr gut geeignet. Der Außenbezug besteht aus einem strapazierfähigen, abwaschbaren Gewebe.

Die Kiste ist in 2 Farben erhältlich, weinrot und mittelblau.

Preis: 320€ zzgl. Versandkosten

Herstellung:

Birgit Rauchfuß, Regina Bodynek, Stefanie Jung

Weitere Informationen und Bestelladresse:

Birgit Rauchfuß

Linder Weg 44

D-45770 Marl

rauchfuss@ergotherapie-marl.de

Tel.: 02365/ 57 290 20