

Rundbrief 11



Susanne Wopfner-Oberleit:
Sprache verzaubert
das therapeutische
Team

Uwe Steinkamp:
Anwendungs-
möglichkeiten der
kognitiv- therapeuti-
schen Übungen bei
Schwerst-Mehrfach-
behinderten.

monographischer
Kurs

Symposium

Kurstermine 2008



VFCR

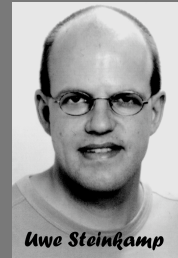
Verein für cognitive Rehabilitation

Der Vereinsvorstand



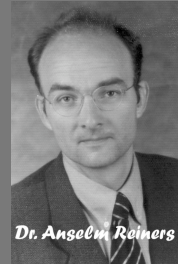
Erste Vorsitzende
Susanne Wopfner-Oberleit
Äueleweg 18 a
A-6170 Zirl
susanne.wopfner@gmx.at

Kassierer
Uwe Steinkamp
Bahnhofstr. 3
59320 Ennigerloh
Uwe.Steinkamp@t-online.de



Schriftführerin
Kira Tschirner
Arenskule 1
D-21339 Lüneburg
Kira.Tschirner@gmx.de

Erster Beisitzer
Dr. Anselm Reiners
Grünbauerstr. 15
81479 München
dranselmreiners@aol.com



Impressum:

Herausgeber: VFCR Verein für cognitive Rehabilitation

V.i.S.d.P.:

Matthias Volquartz
Reiherstieg 48
D-23564 Lübeck

**Schriftführung und
Redaktionsanschrift:**

Kira Tschirner
Arenskule 1
D-21339 Lüneburg
e-mail. Kira.Tschirner@gmx.de

Layout:

Matthias Volquartz

Druck:

Baginski & Krahn
Posener Str. 17
D-23554 Lübeck

Fotos Deckblatt, und Rückseite: M. Volquartz

Editorial

**Liebe Vereins-
mitglieder,**

Leider erst als
v e r s p ä t e t e s
Weihnachtsge-
schenk bzw. als
Willkommensgruß



für das neue Jahr kommt nun dieser Rundbrief zu Euch. Vor dem Ausblick auf das neue Jahr möchte ich noch einmal zurückschauen, zurück auf das vergangene, wie ich meine, sehr erfolgreiche Vereinsjahr. Das ganze Jahr hindurch wurden Praxiswochen für den Examenskurs absolviert, der dann Mitte Oktober im schönen Santorso/ Italien von 11 Kursteilnehmern erfolgreich abgeschlossen worden ist. Bei diesem Examenskurs sind einige sehr gute, absolut wissenschaftliche Arbeiten abgegeben worden und wir werden die Freude haben, die besten Arbeiten bei unserem Symposium präsentiert zu bekommen. Mitte April haben wir in Santorso/Italien einen monografi- schen Kurs mit dem spannenden Thema „Schmerz“ ver- anstaltet. Dr. Franca Pantè, Dr. Carla Rizzello und natür- lich besonders Prof. Perfetti haben wieder einmal durch faszinierende Vorträge begeistert, sodass – wie ich glau- be - alle Kursteilnehmer nun Schmerzpatienten anders und vor allem effektiver behandeln.

Das große Highlight des Jahres war natürlich unser jährli- ches Symposium, das heuer in meiner schönen Heimat- stadt Innsbruck stattgefunden hat. Leider etwas weit weg von den meisten von Euch – wahrscheinlich war auch dem einem oder anderen der Weg zu weit – aber eben nah genug zu Italien, sodass uns neben Frau Dr. Pantè auch Prof. Perfetti beehrt hat und wir Vorträge von ihnen genießen durften. Ich darf euch mitteilen, dass sich Prof. Perfetti beim Symposium so wohl gefühlt hat, dass er gerne wieder zu unserem Symposium kommt. Leider hat er am Termin des nächsten Symposiums 13./14. Juni schon eine andere Verpflichtung. Prof. Perfetti hat mir jedoch geschrieben, dass er gerne zu unserem Symposi- um kommt, wenn er diese Verpflichtung verschieben kann. Insgesamt war es meiner Meinung nach ein gelun- genes Symposium, das sich durch hochwertige Vorträge ausgezeichnet hat.

Für mich persönlich gab es noch ein Highlight am 9. No- vember. An diesem Tag durfte ich einen Vortrag beim jährlichen, sehr gut besuchten Kongress in Santorso hal- ten. Zu meiner großen Erleichterung kam mein Vortrag „Die Bedeutung der Gedächtnisinhalte beim Perzeptions-

prozess“ sehr gut an. In einem sehr interessanten und im besten Italienisch gehaltenen Vortrag hat Dr. Anselm Reiners von der Klinik Bogenhausen seine Erfahrungen mit CRPS Patienten geschildert.

So endet nun ein terminreiches Jahr und das neue Jahr bringt wieder viel Neues:

Vom 3. – 5. April werden wir uns wieder in Santorso treffen, denn Prof. Perfetti und sein Team werden wieder einen monografischen Kurs für unseren Verein abhalten. Das Thema dieses Kurses lautet: „Instruktionen, therapeutisches Team und Rehabilitation“. Es geht darum, wie der Therapeut die Sprache benutzen kann, um mentale Prozesse, die die Voraussetzung für jedes Tun, für jede Handlung sind, lenken und leiten kann, d.h. die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient ermöglicht es erst, dass eine banale Übung zu einer komplexen, das Verhalten verändernde Operation wird. Ich hoffe, viele von euch nützen die Gelegenheit dieses Kurses.

In diesem Jahr feiern wir unser 10. Symposium, also ein Jubiläum. Aus diesem Grund veranstalten wir das Symposium in Frankfurt / Rodgau, also in der Mitte von Deutschland und damit nah genug für alle und wir haben uns dazu entschlossen, das Symposium auf zwei Tage auszudehnen. Am 13. und 14. Juni werdet Ihr also jeweils von 9.00 bis 18.00 die Möglichkeit haben, Vorträge rund um das Thema „Kognitive Rehabilitation“ zu hören. Wir planen diesmal mehr Zeit für die einzelnen Vorträge ein, sodass jeder Vortragende genug Zeit hat, in Ruhe sein Thema zu erläutern und auch mehr Pausen, sodass wir alle das Gehörte besser „verdauen“ können. Von Italien kommt wieder Frau Dr. Pantè und diesmal neu Frau Ise Breggi, die zusammen mit Frau Dr. Puccini die Kognitiv-Therapeutischen Übungen bei der Behandlung von Kindern etabliert hat. Wir werden also hören wie die kognitive Rehabilitation bei Kindern umgesetzt wird. Daneben wird es weitere interessante Vorträge geben. Sie alle nun aufzuzählen, würde den Rahmen hier sprengen.

Wir planen zudem einen monografischen Kurs in Deutschland mit Frau Marina Zernitz, einer Mitarbeiterin von Prof. Perfetti, die sich seit vielen Jahren mit der Behandlung von Rückenschmerzen beschäftigt. Den genauen Termin und Ort werdet Ihr im nächsten Rundbrief erfahren.

Wir Ihr seht, steht uns ein ereignisreiches Jahr bevor. Ich wünsche mir für das Jahr 2008, dass wir ganz viele von euch bei den Kursen und beim Symposium begrüßen dürfen, denn für Euch machen wir es!

Also auf ein baldiges Wiedersehen!

Susanne Wopfner

Inhalt:

Susanne Wopfner: Sprache
verzaubert das therapeutische Team

Seite: 6

Uwe Steinkamp: Anwendungsmöglichkeiten der kognitiv-therapeutischen Übungen mit Schwerst-Mehrfachbehinderten.

Seite: 14

Susanne Keller: Zweiter monographischer Kurs in Italien

Seite: 15

Claus Hosang: 9. Internationales Symposium in Innsbruck

Seite: 16

**Protokoll Mitgliederversammlung
Aug. 2006**

Seite: 18

Monographischer Kurs/Symposium

Seite: 20

Kurstermine 2008

Seite: 21

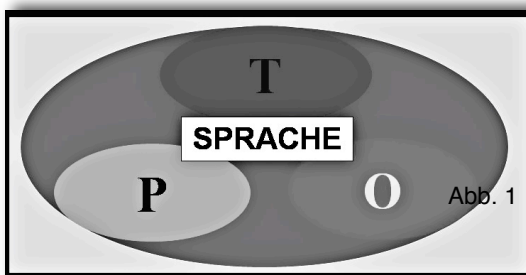
Susanne Wopfner :

Sprache verzaubert das therapeutische Team

Innhalb der neurokognitiven Rehabilitation spielt die Sprache eine ganz besondere Rolle. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des konzeptuellen Kerns der Übung. Erst die Sprache - die verbale wie die nonverbale (Gestik, Mimik) - verwandelt die therapeutische Situation zu einem einzigartige Moment.

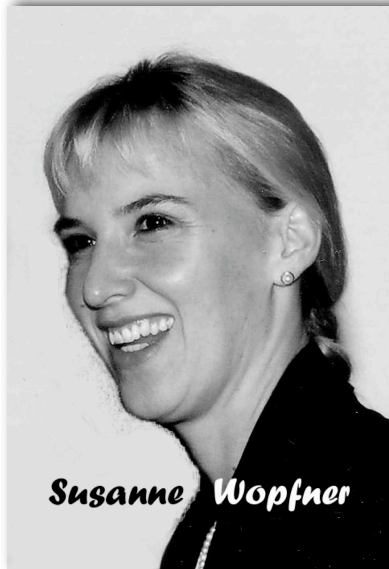
Sowohl die Sprache des Therapeuten als auch die Sprache des Patienten als auch die „Sprache“ der Umwelt sind wichtige Mittel für die Gestaltung der therapeutischen Situation.

Durch die Sprache verschmelzen diese drei Elemente zu einer Einheit, zu einer emergenten funktionellen Einheit (Abb.1).



Hilfe seines Körpers ist nur durch das emergente Zusammenspiel von Therapeut, Patient und Therapiemittel möglich.

Welche Aufgaben müssen nun die einzelnen Teile erfüllen, damit das therapeutische System einen Erkennungsprozess hervorbringen kann?



Susanne Wopfner

Das Therapiemittel bietet ganz bestimmte Informationen, Informationen die vom Therapeuten als wichtig erachtet werden für eine günstige Reorganisation und es veranlasst den Patienten, sich in einer ganz bestimmten Art und Weise zu fragmentieren. Ohne Therapiemittel würde der Patient nicht die entsprechenden Informationen bekommen und er würde gar nicht in die Situation kommen, sich fragmentieren zu müssen.

Der Therapeut macht es erst möglich, dass der Patient zu den notwendigen Informationen kommt, indem er entweder, wie bei Übungen I. Grades, die Bewegungen des Patienten komplett führt oder indem er zumindest mit-hilft, die Bewegungen korrekt auszuführen, sodass es letztendlich erfasst

sende, begreifende Bewegungen werden. Das ist so zu sagen die mechanische Hilfe des Therapeuten. Was aber noch viel wichtiger ist, ist die mentale Hilfe des Therapeuten, denn durch gezielte Fragen, verbale Hinweise und verbale Erläuterungen kann der Therapeut die mentalen Strategien des Patienten beeinflussen, also sein Denken, seine Vorgangsweise und damit sein Fühlen und Handeln. Oft wird erst durch die Veränderung der mentalen Strategien ein Erkennungsprozess möglich. Das heißt, ohne Therapeut wird es dem Patienten zumindest zu Beginn nicht gelingen, seinen Körper so zu bewegen bzw. zu fragmentieren, dass er damit die geforderten Informationen einholen kann, und ohne seine Hilfe wird es oft nicht möglich für den Patienten, die vielleicht durch korrekte Bewegungen eingeholten Reize korrekt zu verarbeiten und zu kohärenten Informationen werden zu lassen. Der Therapeut bietet also eine mechanische und mentale Hilfe.

Welche Aufgabe kommt nun dem **Patienten** zu? Er muss sich aktiv in einen Zustand versetzen, der es ihm ermöglicht, Reize durch geführte oder aktive Bewegungen aufzunehmen und zu verarbeiten. Das heißt die Hauptaufgabe des Patienten liegt zumindest zu Beginn rein im mentalen Bereich. Ohne dass der Patient sich aktiv in einen Zustand der Aufmerksamkeit versetzt, könnte der Therapeut sämtliche Hilfen anbieten und es würde zu keinem Ergebnis kommen.

Das heißt, alle drei Elemente - Therapiemittel, Patient und Therapeut - sind von einander abhängig. Nur wenn alle drei in einer ganz bestimmten Art zusammenspielen, wird der Erkennungsprozess möglich (Abb. 3). Sie gehen ganz bestimmte Beziehungen ein, nämlich physische und mentale Beziehungen. Wobei man sagen muss, dass es primär nicht die physischen Beziehungen sind, die aus dieser therapeutischen Situation einen besonderen Moment machen. Schnell erlernt ein geschickter Therapeut, wie man die Hand oder das Bein des Patienten korrekt führt. Auch welches Therapiemittel bei welcher Situation eingesetzt werden soll, ist erlernbar. Aber das, was den besonderen, den herausragenden Therapeuten kennzeichnet, ist die gezielte Verände-

Erst durch die Sprache können Therapeut und Patient eine intentionale Beziehung eingehen d.h. eine Beziehung, die eine ganz bestimmte Intention verfolgt, nämlich eine vorprogrammierte, gezielte Interaktion mit der Umwelt einzugehen (Abb. 2).

Das Erfassen oder Begreifen von Informationen der Umwelt mit

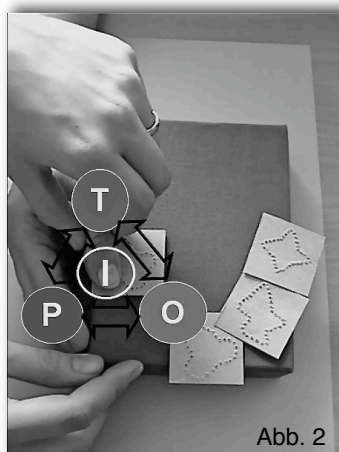


Abb. 2

rung der mentalen Strategien.

Denn der wichtigste Teil in der therapeutischen Situation ist nicht der, den man sieht, also das Handeln, sondern der Teil, den man nicht sieht, also das Denken und Fühlen des Patienten. Und hier spielt die Sprache eine besondere Rolle, und zwar sowohl die Sprache des Patienten wie die Sprache des Therapeuten.

DIE SPRACHE DES THERAPEUTEN:

Die Sprache des Therapeuten hat viele Funktionen. Der Therapeut kann die Sprache verwenden:

- ➔ um eine Interaktion mit dem Patienten zu beginnen
- ➔ um die gestörten kognitiven Prozesse zu entdecken
- ➔ um kognitive Prozesse des Patienten beim Hervorrufen variabler Beziehungen mit der Umwelt zu lenken
- ➔ um herausfinden wie der Patient die kognitiven Prozesse während der Übung benutzt
- ➔ um diese gestörten Prozesse zu aktivieren und zu normalisieren
- ➔ um kognitive Prozesse anzuwenden, mit dem Ziel gestörte Funktionen wiederherzustellen

Die Sprache des Therapeuten kann also kognitive Bedeutung haben, also notwendig sein, um den Patienten zur Aktivierung einer Reihe von kognitiven, also erkennenden Prozessen (Richtung, Distanz, Gewicht, Kontakt) zu lenken.

Die Sprache des Therapeuten kann aber auch emotionale Bedeutung haben.

Emotionen spielen bei der gesamten Organisation eine übergeordnete Rolle. Sie verändern mein Fühlen, Denken und schließlich auch mein Handeln. Nicht umsonst sagt man: "Angst lähmt". Emotionen können also die Arbeitsweise des gesamten ZNS verändern, man könnte auch sagen das Bewusstsein. In den letzten Jahren haben wir versucht zunehmend mehr auch das Bewusstsein des Patienten zu erforschen und daher hat sich jetzt die Anwendung der Sprache um eine Facette erweitert:

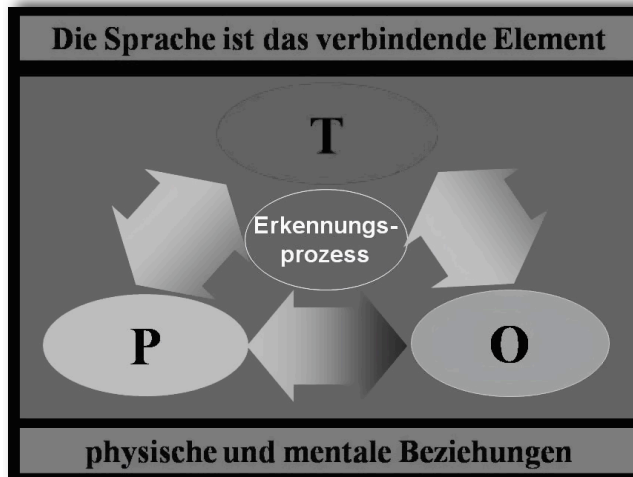


Abb. 3

- Die Sprache des Therapeuten soll also nicht mehr nur dazu dienen,
- kognitive Elemente beim Patienten zu erkennen und meist auch zu verändern (also wie erkennt er, wie geht er vor, welche Strategien wendet er an, worauf richtet er seine Aufmerksamkeit etc.)
- sondern die Sprache des Therapeuten soll zusätzlich dazu dienen, emotionale Elemente zu erkennen aber auch zu verändern,
- also insgesamt sein Bewusstsein zu erfahren und es auch zu beeinflussen.

Anstatt zu fragen: Wie fühlt sich der Schwamm an?" fragen wir nun häufiger: "Wie empfinden Sie diesen Schwamm?" Oder auch "Wie geht es Ihnen bei dieser Übung?" oder auch "Was geht in Ihnen vor, wenn Sie an diese Bewegung denken?"

Der Erkennungsprozess hat sich bei den „Kognitiv-Therapeutischen Übungen“ somit im Laufe der Zeit verändert: Zuerst stand nur das

- Einholen von Afferenzen im Vordergrund, also das Verarbeiten von Reizen, die zum ZNS gelangen.
- Dann wurde es mehr ein Einholen von Informationen, nicht mehr nur Afferenzen, denn Informationen stehen immer in Verbindung mit meiner Intention.
- Mit der Entdeckung der Imagination stand nicht nur das Einholen von Informationen im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses, sondern auch das Vorhersehen von Informationen. Das heißt, es wurde zunehmend ein Konstruieren von Informationen.
- Schließlich kam es durch die Erforschung des Bewusstseins zu einer Aktivierung von bestimmten Repräsentationen mit allen begleitenden

emotionalen Bewusstseins-ebenen.

Die Sprache des Therapeuten soll also auf das "Gesamtpaket" einwirken und es beeinflussen, also nicht nur das Spüren des Patienten verändern, sondern auch sein Denken, sein Bewegen aber auch seine Emotionen sollen Gegenstand der Übung werden dürfen, die man bewusst hervorruft, um sie überhaupt für den Patient bewusst zu machen und um sie dann auch bewusst verändern zu können.

Dies ist ein sehr hoher Anspruch an die Sprache des Therapeuten. Um all diesem gerecht zu werden, verwenden wir auch Metaphern:

- ➔ um einerseits beim Patienten bestimmte kognitive Prozesse zu aktivieren,
- ➔ um andererseits gleichzeitig auch Emotionen hervorzurufen.

Metaphern wie "Frei wie ein Vogel", "Leicht wie ein Schmetterling", "Gehen wie eine Prima Ballerina" bewirken beim Patienten meist eine Veränderung seines Fühlens, seines Denkens also seiner emotionalen Grundlage und damit auch eine Veränderung seiner Motorik.

Aber auch das Aktivieren von Gedächtnisinhalten ist häufig sehr sinnvoll, um emotionale und motorische Veränderungen hervorzurufen. "Stellen Sie sich selber vor - Sie sind nun der junge fescbe, 20jährige Mann, der die Promenade entlang schlendert und Sie spüren die bewundernden Blicke der jungen Mädchen." Dieser Satz hat bei einem 70jährigen Parkinsonpatient eine so starke Veränderung bewirkt, dass er schwungvoll und dynamisch losgehen und mit aufrechtem Gang dahin schlendern konnte.

Die gezielte Sprache des Therapeuten - auch mit dem Einsatz von Metaphern und der Hilfe von Gedächtniselementen - soll kognitive aber auch emotionale Prozesse aktivieren und verändern.

DIE SPRACHE DES PATIENTEN:

Die Sprache des Patienten, also die verbale Beschreibung des Patienten

hat in den letzten Jahren ganz große Bedeutung bekommen. Zu Beginn dieses Konzeptes hatte die Sprache des Patienten fast nur kognitive Bedeutung. Sie diente also dazu, dass der Patient die Antworten auf sein Erkennungsproblem gibt.

Im Laufe der Zeit hat die Sprache des Patienten noch eine weitere Bedeutung bekommen. Man will mit Hilfe der verbalen Beschreibung des Patienten sein Bewusstsein erschaffen. Man will also herausfinden:

- was er spürt er, wie er es spürt (Sensibilität)
- was er empfindet (Emotionen, Gefühle)
- was er erwartet zu spüren (perzeptive Hypothese, Simulation, Imagination)
- was er sich vornimmt zu versuchen (welche Strategie).

Die Schwierigkeit, das was man spürt und empfindet zu beschreiben:

Es wurde sehr schnell klar, dass für eine korrekte Planung und Durchführung der therapeutischen Behandlung das Bewusstsein des Patienten eine große Rolle spielt. Der Therapeut sollte in großen Zügen wissen, was sein Patient denkt, spürt und empfindet, um die korrekten Hilfestellungen geben zu können. Er muss also das „Innere“ des Patienten genau kennen. Aber gerade darin steckt die Schwierigkeit, denn nicht nur für Patienten sondern auch für gesunde Personen ist es sehr schwierig, das was man denkt und empfindet in Worte zu fassen. Somästhetische Zustände mit Worten zu beschreiben ist für jeden sehr schwierig.

Besonders die Beschreibung der Andersartigkeit der paretischen Seite bereitet oft große Probleme. Die Schwierigkeit kann soweit gehen, dass es zur Ablehnung kommen kann - „Es ist einfach anders, das kann ich nicht beschreiben, anders!“, sind Aussagen, die man von Patienten häufig hört, wenn man sie zum ersten Mal auffordert, die Andersartigkeit der betroffenen Seite näher zu beschreiben. Es sind daher eine sensible Vorgehensweise und ein vorsichtiges Hinführen zur „verbalen Beschreibung“ notwendig.

Mit zunehmender Erfahrung mit der „verbalen Beschreibung“ ist es möglich geworden, einige Hilfestellungen auszuarbeiten, die sich als sehr nützlich erwiesen haben und die in den meisten Fällen dazu geführt haben, dass es dem Patienten doch gelungen ist, das was er fühlt und empfindet in Worte zu fassen.

1. Es ist sehr wichtig, dem Patienten zu signalisieren, dass man weiß, wie schwierig es ist, etwas Gefühls zu beschreiben. Oft ist allein durch das simple „Verständnis zeigen“ die Barriere aufgehoben. „Ich weiß, das ist ganz schwierig! Auch ich hätte große Schwierigkeiten, wenn ich z.B. den Duft meines Parfums beschreiben müsste.“ Solche oder ähnlich Sätze genügen oft, um den Patienten zu einem gleichwertigen Partner zu machen, wodurch es möglich wird, gemeinsam als Team das „Innerste“ zu erkunden.

2. Genauso wichtig ist es, dem Patienten Zeit zu geben eine entsprechende Beschreibung zu finden. „Denken Sie darüber nach, vielleicht fällt Ihnen bis zur nächsten Therapiestunde ein passender Ausdruck ein.“

3. Zudem sollte man dem Patienten vermitteln, dass alle subjektiven Empfindungen (auch wenn sie noch so unwahrscheinlich klingen) von Bedeutung sind. Alles was der Patient spontan sagt, hat eine Bedeutung, d.h. entspricht einem Gefühl oder einem Gedanken, die immer Relevanz für die Rehabilitation haben. Wenn eine Aussage des Patienten unwichtig erscheint, ist es häufig nur die Unfähigkeit des Therapeuten, die Beschreibung bzw. die Metapher des Patienten korrekt zu interpretieren und sie in Zusammenhang mit dem motorischen Lernprozess zu bringen.

4. Es hat sich als sehr positiv herausgestellt, wenn man die Patienten ermuntert Metaphern zu benutzen, denn viele emotionale und empfundene Zustände können oft nur durch Metaphern ausgedrückt werden. „Die Hand fühlt sich an wie ein Klumpen!“

5. Auf der anderen Seite ist es ganz wichtig, nie Metaphern oder Beschreibungen vorzugeben. Wenn der Patient z.B. sagt, die paretische Seite fühlt sich „anders“ an und wenn man den Patienten dann auffordert, dieses andersartige Gefühl näher zu beschreiben, kommt es zu einem sehr schwierigen Moment für den Patienten. Man merkt, er sucht nach

einem Wort. Man spürt seine Schwierigkeit und seinen Konflikt, das was er spürt in Worte zu fassen. Um ihn aus dieser Schwierigkeit herauszuholen, bzw. um ihm diesen Konflikt von vorne herein zu ersparen, habe ich früher oft versucht den Patienten zu „helfen“, indem ich ihnen Beschreibungen bzw. Metaphern vorgegeben habe. „Fühlt es sich an wie ein Kribbeln oder wie Ameisen....“ Diese „Hilfe“ war aber absolut kontraproduktiv, denn die Patienten haben zwar eine meiner Beschreibungen aufgenommen („Ja so wie Ameisen.“), aber es waren nie wirklich ihre Empfindungen. Sie haben meine Beschreibung benutzt, um überhaupt etwas im Moment sagen zu können. Wenn man jedoch den Patienten selber nach einer Beschreibung suchen lässt, wenn man als Therapeut es aushält, dass der Patient minutenlang, oft mit geschlossenen Augen, einen Ausdruck für seine Empfindungen sucht, dann bekommt man nicht nur eine Beschreibung, die seinem Empfinden entspricht – was sehr wichtig für die Interpretation der Pathologie und für die weitere Gestaltung der therapeutischen Behandlung ist. Sondern ich habe die Erfahrung gemacht, dass es während dieser sehr anstrengend und intensiven Denkarbeit beim Suchen nach einem geeigneten Wort schon zu einer Bewusstseinsveränderung und damit zur Verhaltensveränderung, also auch zur strukturellen Veränderung im ZNS gekommen ist. Man kann fast mit Garantie sagen, wenn der Patient einmal durch intensives „Hineindenken“ eine verbale Beschreibung gefunden hat, dass er bei der nächsten Therapie-sitzung den selben Körperteil auf der betroffenen Seite mit anderen Worten beschreiben wird, da er ihn nun anders wahrnimmt. Das heißt durch diese intensive mentale Arbeit beim Suchen nach einem passenden Wort kam es zu einer Veränderung des Körperbewusstseins, welches nur durch plastische Veränderungen im ZNS möglich ist. Die verbale Beschreibung wird so auch zu einem wichtigen Therapiemittel!

Die Metapher als Sprache der Erfahrung

Wenn einmal dieser erste wichtige Schritt geschafft ist, wenn die Patienten sich also darauf eingelassen

haben, emotionale und empfundene Zustände mit eigenen Worten zu beschreiben, dann kann man oft beobachten, dass die Patienten sehr gerne das „Hilfsmittel“ verbale Beschreibung benutzen. Sie beginnen dann oft schon von sich aus, Empfundenes oder Gedankengänge zu beschreiben und häufig benutzen sie auch von sich aus Metaphern. Die Benutzung von Metaphern hilft ihnen, scheinbar nicht beschreibbare Sensationen und Empfindungen trotzdem zu beschreiben. Allerdings stellt es jetzt eine große Herausforderung für den Therapeuten dar, die Metaphern der Patienten korrekt zu interpretieren, was nicht immer ganz leicht ist.

Wenn zum Beispiel der Patient gefragt wird: „Was machst du, wenn du versuchst gerade zu sitzen?“, so wird der Patient eine motorische Imagination konstruieren. Er merkt aber, dass er diese motorische Imagination bzw. diese Repräsentation nicht mit Worten erklären kann. Daher versucht der Patient eine Repräsentation zu finden, die bedeutende Ähnlichkeiten mit der ersten, nicht verbalisierbaren Repräsentation hat und die nützlich ist, um auf die Frage des Therapeuten antworten zu können. Er bildet also eine vergleichbare, kommunizierbare Repräsentation und benutzt dazu eben die Metapher. „Es ist, wie wenn man versucht ein Bild an die Wand zu hängen.“ Der Therapeut muss jetzt versuchen Hypothesen über die Zusammenhänge zwischen den zwei Repräsentationen anzustellen, also welche Zusammenhänge zwischen der Repräsentation, die durch die Frage „Was machst du, wenn du versuchst gerade zu sitzen?“ entstanden ist und der Repräsentation, die durch die Antwort „Es ist, wie wenn man versucht ein Bild an die Wand zu hängen“ verdeutlicht wird. Die Kunst liegt nun in der korrekten Interpretation der Metapher bzw. darin, eine korrekte Hypothese hinsichtlich dieser Repräsentation aufzustellen. Eine mögliche Interpretation ist folgende: Der Patient spürt, dass er Schwierigkeiten hat die **Vertikalität zu erkennen**, so wie es geschieht, wenn man alleine ein Bild aufhängen muss.

Nach dieser ersten Interpretation ist die Frage nun, ob diese Verbindungen genug sind, um daraus neurophysiologische Prozesse ableiten zu

können und um dann mit der Arbeit beginnen zu können. Oder ist eine tiefergehendere Ausarbeitung notwendig bzw. sind andere Beschreibungen des Patienten notwendig? In diesem Fall war es unbedingt notwendig, nähere Beschreibungen vom Patienten einzuholen. „Ich schau einfach auf eine senkrechte Linie und richte mich danach aus oder ich frage meine Frau, ob ich gerade sitze“ war seine Antwort als man ihn gebeten hatte, diesen Vorgang näher zu schildern. Er benötigt also eine äußere, visuelle Vertikale, um seinen Körper in die aufrechte Position zu bringen.

Welche Bezugspunkte zur Patho-Physiologie kann man anhand dieser zweiten Beschreibung erkennen:

- Jene kognitiven Prozesse sind gestört, die es ermöglichen, die innere Repräsentation der „Medianlinie“ als Bezugspunkt für die Vertikalität zu benutzen.
- Der Patient hat keine gefühlte Medianlinie mehr.
- Als Kompensation benutzt er entweder die eigene visuelle Kontrolle (indem er eine externe vertikale Linie anschaut und mit seinem Körper vergleicht),
- oder er benutzt die visuelle Kontrolle der Frau (indem er sie fragt, ob er gerade sitzt).
- Der Körper wird also zu einem Objekt und das Erkennen geschieht nur über das Sehen.

Konsequenzen für die Übung:

Alle Metaphern, die der Patient verwendet, kann man nun auf zweierlei Arten verwenden (Abb. 4). Entweder man versucht mit Hilfe der Sprache direkt die Repräsentation und damit die Metapher zu verändern (Punkt 1) oder / und man benutzt die Metapher, um neurophysiologische Abläufe beim Patienten zu verstehen und benutzt dieses Wissen, um neue, adäquate Übungen zu entwickeln (Punkt 2). Es kommt auch immer wieder vor, dass man mit einer Metapher nichts anfangen kann bzw. keine passende Interpretation findet. In diesem Fall muss man erneut die Pathologie und damit die Läsion des Patienten erkunden, um dadurch eine neue Frage dem Patienten stellen zu können, die zu einer hilfreichen Beschreibung bzw. Metapher führt (Punkt 3).

Beim konkreten Beispiel würde

- der erste Weg bedeuten, mit Hilfe der Sprache direkt auf die Metapher des Bildes einzugehen,
- und der zweite Weg würde bedeuten, Übungen zu finden, um die zwei pathogenen Abläufe (sensitiver Körper, somästhetische Erkenntnis) zu verändern:

- den Körper wieder zu einer rezeptiven Oberfläche zu machen (Er verwendet nicht seinen Körper, um die Mittellinie zu erspüren. „Ich schaue auf eine senkrechte Linie“)
- und den visuellen Erkennungsprozess in einen somästhetischen Erkennungsprozess umzuwandeln („Ich schaue...“).

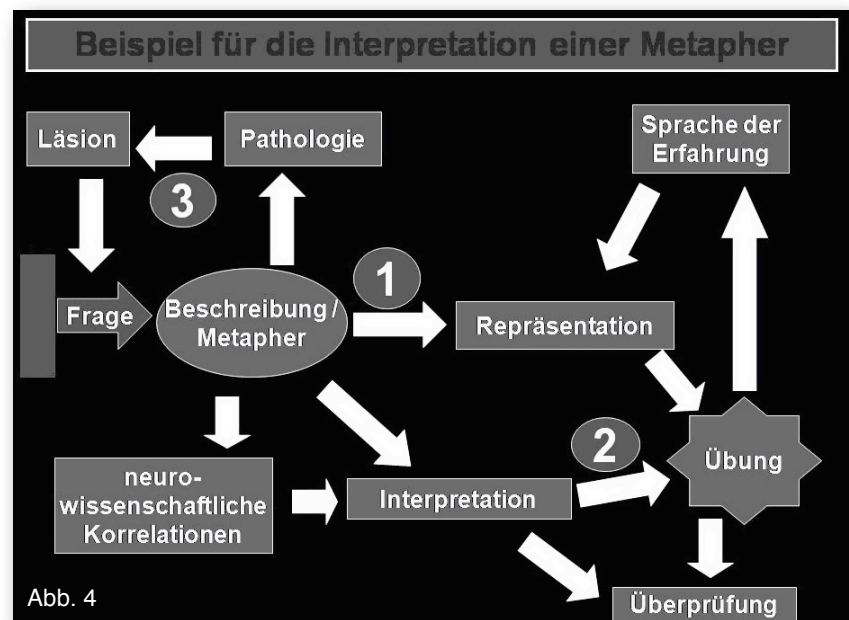


Abb. 4

Im Folgenden habe ich nun zwei Beschreibungen bzw. Metaphern von ein und demselben Patienten verwendet, um die zwei unterschiedlichen Vorgangsweisen (Weg 1 und Weg 2) näher zu erläutern:

Das Erkennen und Verändern der emotionalen Ebene und der Planungsebene durch und mit Hilfe von Metaphern

Es kommt häufig vor, dass Patienten an verschiedenen Tagen bzw. in verschiedenen Situationen ein ganz unterschiedliches Bewegungsverhalten zeigen. Dieselben Bewegungen werden qualitativ oft ganz unterschiedlich durchgeführt, manchmal gelingt ein bestimmtes Bewegungsverhalten sehr gut und manchmal zeigen die Patienten bei der scheinbar selben Handlung viele pathologische Elemente. Es lagen bei diesen Patienten aber keine apraktischen Störungen vor, die vielleicht die Variabilität der Bewegungsqualität erklärt hätten. Ich machte mir also Gedanken darüber, worin der Grund für diese Unterschiede besteht. Ich kam immer mehr zu der Überzeugung, dass nicht die eigentliche Bewegungsplanung so variabel erfolgt, sondern dass die allgemeine Einstellung bzw. die emotionale Haltung des Patienten gegenüber einer Situation oder gegenüber einem Problem ausschlaggebend für die Qualität der Bewegungsplanung sein kann. Das heißt entscheidend ist, in welcher emotionalen Grundhaltung die Bewegung geplant wird. Ist die Grundhaltung negativ, werden auch die Bewegungsplanung und damit die Bewegung nur teilweise korrekt gelingen. Ist jedoch die Grundhaltung gegenüber einer Situation oder einem Problem positiv, zeigen Patienten oft ein erstaunliches Lernverhalten.

Die Frage, die ich nun zur Diskussion stellen möchte, lautet daher: Ist es sinnvoll, die emotionale Grundhaltung des Patienten bewusst werden zu lassen und sie gegebenenfalls auch mit Hilfe von Metaphern zu verändern?

Ich möchte nun ein Patientenbeispiel schildern, bei dem ich die Metapher des Patienten benutze, um seine

Grundhaltung gegenüber seinem Bein zu verändern:

Der Patient weist eine Hemiparese linksseitig nach Mediainfarkt auf. Sein Gangbild ist sehr unterschiedlich, manchmal flüssig und fast schon physiologisch, manchmal mühsam mit leichtem Beckenheben und Rumpfretroversion und ungleichlangen Schrittlängen:

Wie ist das Gehen für Sie?

„Das Bein ist lästig!“

„LÄSTIG“

Ein Wort - ist es nur ein Wort - oder ist es vielleicht viel mehr - vielleicht die verbalisierte Spitze eines psychischen - vielleicht besser noch emotionalen aber auch physischen Zustandes - ist mit diesem Wort der ganze Organismus gemeint, mit all seinem Denken, Fühlen und Handeln?

Machen wir einen Eigenversuch: Stellen Sie sich das Bild vor, wie Sie in einem Zahnarztstuhl sitzen, besser gesagt heutzutage liegen. Was kommt? Kommt nur ein visuelles Bild, sehen Sie sich nur oder passiert vielleicht viel mehr - reagiert vielleicht Ihr ganzer Organismus? Man kann, glaube ich, ganz eindeutig sagen, dass viel mehr passiert, als nur das Produzieren eines Bildes. Der eine hört dazu noch die Zischgeräusche des Bohrers, der andere riecht vielleicht den typischen Geruch beim Zahnarzt, der dritte schmeckt vielleicht in seinem Mund die neue Zahnfüllung oder gar das Blut, das beim Wurzelziehen austritt und fast alle - und das ist fast das Wichtigste - werden Veränderungen an Ihrem Körper erspüren - sofern sie bewusst darauf acht geben. Bei sehr vielen wird der allgemeine Muskeltonus steigen, man verspannt sich. Manche werden vielleicht ihre Hand in die Armlehne krallen, der nächste bekommt sofort Zahnschmerzen, wenn er an die Situation beim Zahnarzt denkt.

Wir sehen also: ein Gedanke allein kann alles verändern - mein Fühlen, mein Schmecken, mein Riechen und Hören aber auch meine Emotionen und meinen Körper. Ein Gedanke allein genügt, um den Körper blitzartig zu verändern. Bewegungen, die vorher noch möglich waren, werden

blitzartig unmöglich, einzig und allein durch einen Gedanken.

Der Mensch ist nun mal ein System, in welchem nie einzelne Fähigkeiten getrennt voneinander agieren. Es gibt keine Situation, wo wir nur hören, sehen, schmecken oder riechen bzw. wo wir nur denken, nur fühlen oder nur handeln. Das gibt es nicht. Alles ist immer ein gesamtes ERLEBEN!

Die große Kunst des Therapeuten ist es nun, neben dem Wort auch noch die Gefühle, Emotionen, sein Denken und seine körperlichen Veränderungen zu erfahren. Wie erfährt man dies? Der Patient sagt es uns, denn er spricht mit uns, nicht nur mit seinen Worten, sondern auch mit seinem Körper, mit seiner Mimik, mit seiner Stimmfärbung.

Beim konkreten Fall war es so, dass jedes Mal wenn der Patient das Wort "LÄSTIG" benutzte, seine Stimme lauter wurde und seine Mimik einen verärgerten Ausdruck zeigte und gelegentlich ballte sich seine rechte Hand zu einer Faust.

Beim weiteren Nachfragen ist es dem Patienten sehr schön gelungen, diesen Zustand, diesen Konflikt zwischen seinen Gedanken und seinem Körper zu beschreiben:

„Das Bein ist lästig – es funktioniert nicht so, wie ich will – das Bein ist der störende Faktor – es ist das Bein, das nicht funktioniert und nicht das Gehirn – das störende Gefühl suche ich am Bein – die Schuld hat das Bein – es wäre schön, wenn ich das Bein positiver sehen könnte – wenn sich das Bein nur etwas positiver verhalten würde – ich weiß ganz genau wie das Gehen funktioniert – der Gedanke ist ganz normal – das Gehirn sagt "gehen" – die Befehle an das linke Bein sind gleich wie an das rechte und das rechte Bein ist konform mit den Befehlen.“

Durch seine Worte aber auch durch seine Gesten erkennt man sehr gut den Dualismus in seinem Denken und Handeln. Emotional ist sein Organismus keine Einheit: es gibt das Gehirn, die Kommandozentrale, die die Befehle zu den verschiedenen Körperbereichen verschickt und es gibt den Körper, der auf die Befehle reagiert oder im konkreten Fall des

linken Beines eben nicht reagiert, daher "hat das Bein schuld", das Bein funktioniert nicht. Daher muss am Bein etwas verändert werden, nicht an den Gedanken, denn die Gedanken sind ganz normal.

Und um diesen Konflikt zwischen Gedanken und Körper noch zu untermauern, verwendet der Patient eine Metapher:

*"Das linke Bein macht was anderes – es hat ein Eigenleben - wie bei einem **Kind**: sie sagen 10 Mal etwas und das Kind macht etwas anderes."*

Durch diese Metapher des Kindes wird der Dualismus zwischen Körper und Gedanken noch deutlicher: das Kind ist überhaupt nicht mehr Teil des eigenen Körpers, wie das linke Bein des Patienten es ja sein sollte, sondern es ist ein eigener Organismus, mit eigenen Gedanken und Emotionen und mit einem eigenem Handeln. Es hat ein "Eigenleben" auf das er nicht einwirken kann. "Das Kind macht, was es will." Noch klarer kann man die Trennung zwischen Gedanken und Körper in dem Fall also seinem Bein eigentlich nicht ausdrücken.

Es war nun mein Ziel, dem Patienten diesen emotionalen und damit einhergehenden körperlichen Zustand bewusst zu machen, denn nur durch das Bewusst-machen wird es ihm in einem nächsten Schritt gelingen, diesen emotionalen und körperlichen Zustand zu verändern.

Meine Strategie war es nun, seine Metapher aufzugreifen und ihm durch Nachfragen die Mechanismen, die dabei ablaufen, bewusst zu machen:

Was machen Sie dann?

„Genau das krieg ich nicht hin!“

*„Das Bein hat schuld **wie das Kind schuld** hat – ich sage ja dem Bein was es tun soll, aber das Bein tut es nicht – das Kind folgt nicht und das Bein geht nicht so wie ich will, also macht das Bein oder auch das Kind was falsch.“*

Durch seine Worte erkennt man seine Hilflosigkeit. Er hat noch keine bewusste Strategie gefunden, um diese problematischen Situationen lösen zu können.

Was ist die weitere Strategie beim nicht gehorchenden Kind?

*„Naja, man regt sich auf – man schreit vielleicht die Befehle – man ist verärgert – man ist nicht mehr so kontrolliert wie man sein sollte – man sagt vielleicht zum Kind: **Mach doch was du willst!**“*

Genau dieses "Mach doch was du willst!" ist der Auslöser für die elementaren Schemata am Bein. Ohne konkrete Bewegungsplanung greift das Gehirn auf primitive, automatisierte und daher einfach zu aktivierende Bewegungsschemata zurück.

Welche Parallelen zum Bein gibt es?

„Ja, immer wenn ich Stress habe, funktioniert es noch schlechter.“

Welchen Befehl geben Sie dann dem Bein?

„Ich sage: geh!“

Genau dieser Befehle "Geh" stellt ein sehr globales Kommando dar, das bei einem gesunden Bein mit korrekten Feed-back-Mechanismen auch funktioniert. Sein linkes Bein ist aber in der Lernphase, es muss gesehen werden wie ein Kind, das vieles noch Erlernen muss.

Liegt es am Kind oder an der Art und dem Inhalt des Befehls, dass das Kind nicht gehorcht?

„Na, ich würde sagen am Kind.“

Was würde passieren, wenn ich einem zweijährigem Kind sagen würde: Hole von der Kommode im Wohnzimmer von der dritten Schublade von oben das gelbe Geschirrtuch mit den Punkten?

„Es würde nichts verstehen.“

Was würde das Kind machen, wenn Sie diesen Befehl noch einmal sagen würden und noch einmal und dabei immer lauter werden würden?

„Na ja, es wäre immer mehr erschreckt und würde wahrscheinlich gar nichts mehr machen und gar nichts mehr verstehen.“

Und genau das passiert mit ihrem Bein! Liegt es also wirklich am Kind oder eher an der Art und dem Inhalt des Befehles?

„Ja, Sie haben recht, es liegt am Befehl. Stimmt, das ist wie das Problem am Flughafen. Am Flughafen in Frankfurt, wo ich oft hin- und weg-

fliegen muss, da gibt es eine Stelle, da streikt mein Bein. Immer an derselben Stelle! Ich ärgere mich dann immer über mein Bein und dann geht es noch schlechter. Ich habe schon richtig Angst vor dieser Stelle, denn da blockiert sich mein Bein komplett und ich kann es nicht verändern. Das ist so eine Situation, wo ich über mein Bein denke: Ach mach doch was du willst!“

Also geben Sie Ihrem Bein keine konkreten Befehle mehr, daher kann das Bein nicht anders. Das **Kind** bzw. das Bein macht eigentlich genau das, was ihm gesagt wird. Wenn Sie sich beim Gehen auf etwas konzentrieren und daher gezielte und exakte Befehle geben, verändert sich Ihr Gangbild sofort. Das Bein ist sehr flexibel und macht genau das, was Ihre Befehle dem Bein sagen.

Wie kann man die Art der Befehls-gabe und den Inhalt der Befehle nun verändern?

*„Na ja, ich müsste beginnen **das Kind** bzw. mein Bein **positiv zu sehen** – es ist doch mein Kopf, meine Gedanken, die ich noch genauer gestalten muss.“*

Ja genau, man müsste in einem ruhigen und freundlichen Ton dem Kind kurze aber gezielte Befehle geben, also nicht zu viele, zu komplexe Befehle und somit Art und Inhalt des Kommandos verändern. Der Befehl "geh" ist viel zu komplex und viel zu allgemein.

Versuchen Sie es – denken Sie zuerst darüber nach, wie und was sie dem Bein sagen wollen beim Gehen und dann erst gehen Sie los. Gerade bei jeder schwierigen Situation wie bei der Stelle am Frankfurter Flughafen ist es besonders wichtig, welche Befehle vom Gehirn kommen und auch in welcher emotionalen Haltung sie kommen.

"Ja, Sie haben Recht. Das selbe passiert, wenn ich Kopfsteinpflaster sehe. Da denke ich mir schon bevor ich es betreten muss: Ach, da gehe ich sicherlich ganz schlecht!!! Und dann gehe ich auch ganz schlecht und steif. Es reicht schon aus, wenn ich das Kopfsteinpflaster sehe und dann gehe ich schon schlecht!"

Ich habe nun den Patienten aufgefordert diese Erkenntnisse umzusetzen, also dem Bein konkrete und

gezielte Befehle zu geben und dadurch die Erfahrung zu machen, dass Bein und Kopf eine funktionelle Einheit darstellen. Ich habe dem Patienten aber bewusst nicht gesagt, auf was er jetzt bewusst achten soll, also welche konkreten Befehle er nun dem Bein geben soll.

„Okay, jetzt versuche ich gut zu gehen, indem ich meine Befehle verändere und das Bein positiv sehe.“ Der Patient steht da und denkt eine Weile, dann geht er los.

„Ja, jetzt ist mir das richtige Aufsetzen gelungen – Toll, so fühlt es sich ganz weich an – komisch eigentlich, denn jetzt habe ich vor dem Aufsetzen der Ferse den Unterschenkel ganz nach vorne pendeln lassen und so mein Knie ganz gestreckt und trotzdem fühlt sich das Aufsetzen der Ferse so weicher an. Es müsste sich doch weicher anfühlen, wenn ich das Knie gebeugt lasse. Komisch! Ja, das war jetzt ein wirklich gutes Gefühl.“

Und durch was ist diese Veränderung nun zustande gekommen?

„Durch meinen anderen Befehl!“

Man hat also gesehen, dass der Patient keine Probleme hat, die richtigen Befehle von alleine zu finden. Das Problem lag also nicht so sehr in der Bewegungsplanung sondern viel mehr in der emotionalen Grundhaltung, die gerade in schwierigen Situationen gegenüber dem linken Bein negativ war und somit auch die Bewegungsplanung negativ beeinflusst hat.

Das war also ein Beispiel, bei dem die Metapher des Patienten verwendet und dann auch abgewandelt wurde, um

- Mechanismen seiner bisherigen Strategie bewusst zu machen: je komplexer die Situation desto grober die Bewegungsplanung ("Mach doch was du willst") - elementare Schemata

- günstigere Mechanismen erlebbar zu machen: je komplexer die Situation desto gezielter und selektiver muss die Bewegungsplanung sein - Fragmentierung zwischen Hüftgelenks- und Kniegelenksbewegung

Nun möchte ich ein Beispiel erläutern, bei dem ich den zweiten Weg bei der Verwendung der Metapher

benutzt habe, also anhand der Metapher pathogene Elemente zu verstehen und mit Hilfe dieses Wissens neue Übungen zu kreieren.

Die nun geschilderte Situation ereignete sich beim selben Patienten ein paar Wochen vor der ersten Situation:

Veränderung der Planungsebene durch die Benutzung der Metapher des Patienten

Wie ist das Gefühl beim Gehen?

*„Das fällt mir schwer zu beschreiben – ich merke was, wenn ich schneller gehe – wie ein **GUMMIZUG**“*

Das ist ein gutes Beispiel für eine mögliche Fehlinterpretation einer Patientenmetapher, denn sobald ich Gummizug gehört habe, dachte ich sofort an die Gangphase 0% nach Viel, also an die Phase, wo die Ferse am Boden aufsetzt. Hier haben die Patienten sehr häufig Probleme die Ferse korrekt aufzusetzen, denn um dies tun zu können, muss sich die ganze hintere Muskelkette (Ischiocrurale, Trizeps surae) dehnen lassen. Beide Muskelbereiche zeigen sehr häufig eine abnorme Reaktion auf Dehnung, also einen erhöhten Stretchreflex, wodurch sich bei Dehnung diese Muskelbereiche oft reflektorisch zusammenziehen. Und genau diese Pathologie erleben die Patienten oft also "Gummizug". Man sieht also, wenn man voreilig die Metapher des Patienten interpretiert, können schwerwiegende Fehlinterpretationen entstehen. Ich habe in diesem Fall - Gott sei dank - nochmals nachgefragt und zu meinem Erstaunen sagte der Patient folgendes:

"Ich muss ihn hochziehen - ich muss gegen einen Gummizug gehen – der Gummizug beginnt an der Ferse bis ganz hoch zum Po.“

An diesem Punkt habe ich nun nichts mehr verstanden. Wieso muss er hochziehen? Einzig und allein durch die weiteren Erklärungen des Patienten, wurde mir seine Metapher verständlich.

Erklären Sie mir das näher!

*„Das Gewicht spielt eigentlich keine Rolle – das linke Bein ist nicht so gelenkig – es ist der Gummizug – nämlich ein **Gummizug, der in die andere Richtung zieht** – sonst würde er ja helfen.“*

Wann ist der Gummizug besonders störend?

*„Beim Anheben des Beines, nicht beim Strecken – der **Gummizug zieht nach unten** – es ist nicht die Schwerkraft, weil das was von Außerhalb ist – nein, der Gummizug ist nicht am Boden verankert – **der Gummizug ist etwas im Bein** – die Schwerkraft wirkt auf das rechte Bein wie auf das linke – der Gummizug ist etwas im Muskel hinten – auf den Muskel aufgetackert.“*

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich schon einen Verdacht, also einen Verdacht wo der Fehler in der Bewegungsplanung lag. Daher habe ich nun gezielt nachgefragt.

Wenn Sie das Bein abheben, wo, d.h. welche Muskelbereiche müssen Sie Ihrem Empfinden nach aktivieren, um das Bein abheben zu können?

*„Im Oberschenkel damit das Bein abhebt – gleichzeitig muss ich aber auch hier **hinten die Muskel zusammenziehen**, damit das Knie sich beugt.“*

Anhand dieser Beschreibung erkennt man gut den Fehler bei der Bewegungsplanung, denn das Kniegelenk wird in dieser Phase des Gehens nicht aktiv gebeugt, also mit Hilfe konzentrischer Muskelarbeit (wie man anhand der Graphik von Viel gut erkennt – keine Aktivierung der Kniebeuger mit Ausnahme des kurzen Bizepskopfes, der primär für die korrekte Rotationsstellung des Unterschenkels verantwortlich ist). Die Kniebeugung kommt rein über die Schwerkraft zustande, also über das Sinken-lassen des Beckens und durch das Entspannen der Muskulatur sinkt das Kniegelenk „passiv“ in eine Beugstellung. Dieses Entspannen der Muskulatur, im Besonderen der Ischiocruralen Muskulatur, ist von großer Bedeutung für die nächste Schrittphase, für das Vorpendeln des Unterschenkels.

Einzig und allein durch die Metapher des Patienten („Gummizug“) und den

nachfolgenden Erklärungen war es möglich, den Fehler in der Bewegungsplanung zu entdecken. Dieses Wissen konnte nun bei der Erstellung der Übungen und besonders bei der Gestaltung der Übungen umgesetzt werden. Häufig kommt es zum Kreieren von neuen Übungen, aber sehr oft müssen gar nicht die Übungen abgeändert werden, sondern der Schwerpunkt der Übungen verlagert sich. Das heißt, der Therapeut lenkt nun – wieder mit Hilfe der Sprache – die Aufmerksamkeit des Patienten auf andere Elemente. Im konkreten Fall sollte er Patient während der Übungen bewusst darauf achten beim Abheben des Beines die hintere Muskelkette nicht zu aktivieren, sondern einzig und allein eine Aktivierung der Hüftbeuger zu erspüren und so ein Anheben des Oberschenkels zu bewirken, wodurch es dank der Trägheit zu einer weiteren Beugung im Kniegelenk kommt.

Mit den neuen Erkenntnissen wurde also die bewusste Erfahrung des Patienten während der Übungen verändert.

Die Sprache ist also das Mittel mit der Patient seine „inneren“ Vorgänge schildern kann, wodurch einerseits eine genauere Interpretation seiner Pathologie möglich wird und andererseits kommt es gerade durch den Prozess der verbalen Beschreibung zu einer Bewusstseinsänderung. Die verbale Beschreibung wird also zum Therapiemittel.

Der Therapeut wiederum kann durch die Sprache mentale Vorgänge leiten und lenken. Daher ist es, glaube ich, nicht übertrieben wenn man behauptet: „Die Sprache verzaubert das therapeutische Team!“

Literatur:

1. Bellesi L., Colameo C., Nardi St., Peperoni E., Perfetti C. (2006) Tra corpo e dolore – “Una coperta troppo pesante”. Riabilitazione neuro cognitiva 2, 2.
2. Chalmers D.J. (1995) Facing up the problem of consciousness. Journ. of consciousness, 2:200.
3. Maturana H.R., Varela F.J. (1990) Der Baum der Erkenntnis. Goldmann, München
4. Perfetti C. (2007) Rehabilitieren mit Gehirn – Kognitiv-Therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie. Pflaum Verlag, München.
5. Perfetti C. (2002) Per un approfondimento della teoria cognitiva della riabilitazione. Riab. Cognitiva 3, 9.
6. Hrsg. Perfetti C. (1999) Attività, linguaggio e conoscenza – le radici dell'approccio sistemico nello studio del sistema nervoso centrale. Idelson – Gnocchi, Neapel.
7. Hrsg. Perfetti C. (2004) Esperienza cosciente, azione e recupero. Centro studi di riabilitazione neurocognitiva Villa Miari.
8. Varela F.J. (1996) Neurofenomenologia – Una soluzione metodologica al “Problema difficile”. Pluriverso, 3:16

Liebe Vereinsmitglieder,

Wir möchten Euch an den Vereinsbeitrag für 2008 erinnern. Zur Erleichterung unserer Arbeit erteilt uns doch bitte eine Einzugsermächtigung.

Bitte wenden an: Uwe.Steinkamp@t-online.de

Vereinsbeitrag schon gezahlt?

Therapeuten: 35.- €
Ärzte: 70.- €
Studenten: 15.- €

Kontoverbindung:

VFCR
Volksbank
Ennigerloh-Olde-Neubeckum
BLZ 412 614 19
KTO 19 17 15 04 00

Uwe Steinkamp

Anwendungsmöglichkeiten der kognitiv-therapeutischen Übungen bei Schwerst-Mehrfach-Behinderten.

Fallbeispiel eines 24-jährigen Patienten mit einer double Athetose

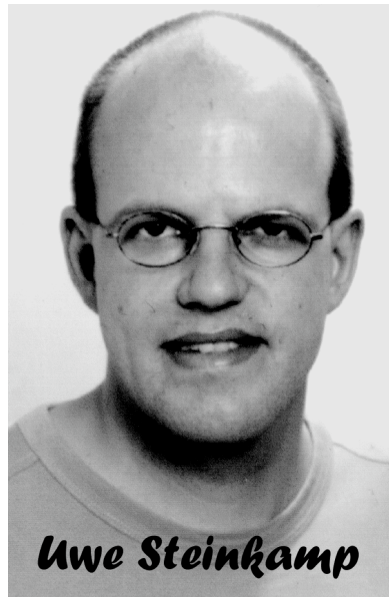
Anfangs wurde erst einmal geschaut, ob Übungen überhaupt möglich sind und wie der Patient seinen Körper wahr nimmt. Dieser Patient hat ein durchaus gutes Sprachverständnis, wobei er sich nur mit JA / NEIN äußern kann.

Die Übungen wurden in liegender Position durchgeführt, da dies für den Patienten die angenehmste Position darstellt. Angefangen wurde mit einem Igelball, wobei ich ihn gefragt habe, wo er dabei berührt wird. Weiterhin wurden folgende Übungen durchgeführt, die er bei gezielter Aufmerksamkeit durchaus recht gut erspüren konnte.

Therapieablauf

- am Schien- oder am Wadenbein,
- auf oder unter dem Fuß, linkes oder rechtes Bein Unterscheidung nicht möglich
- verschiedene Formen auf Brustkorb gemalt, wie Dreieck, Kreis oder Quadrat, auch Zahlen
- Buchstaben in Handinnenfläche geschrieben, z.B.: a, e, i, kann verschiedene Vokale äußern
- verschiedene Zahlen auf Unterschenkel und Fuß geschrieben
- spürt, wenn Hüft- Knie- Fuß- oder Zehengelenke bewegt werden
- spürt, welches von diesen Gelenken bewegt wird
- wenn 2 verschiedenen Gelenke bewegt werden, spürt er, welches zuerst bewegt wurde
- hierbei traten jedoch v.a. bei Bewegung im Hüft- und Kniegelenk „Spannungen“ auf (ARD's?)

- spürt Bewegungen der Zehen, kann am kleinen, mittleren und am großen Zeh verschiedene Bewegungsrichtungen, wie Kreise oder rauf und runter erkennen; auch welcher Zeh bewegt wird
- erkennt 3 verschiedene Oberflächen (Wellpappe, Teppich oder Holz) unter den Fußsohlen, Oberflächen fühlen sich unter beiden Fußsohlen gleich an
- spürt ob Finger und welche Finger bewegt werden
- erkennt verschiedene Bewegungsrichtungen in Finger- und Schultergelenken, wie z.B. Dreieck,



Uwe Steinkamp

Quadrat, Kreise, auch kleine, mittlere und große Kreise

- spürt welcher Finger, neben dem Daumen, in Oppositionsstellung gebracht wird
- unterscheidet 3 unterschiedliche harte Schmirgelpapiere und erkennt, an welchem Finger dies stattfindet

.... Erst wenn ich erfahren habe, was mein Patient denkt und fühlt, werde ich die Behandlung korrekt planen und durchführen können.....
(Rundbrief 9, Seite 14)

Dieser Satz prägte eigentlich die nächsten Therapieeinheiten und so wurde dazu übergegangen, die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung einzusetzen.

Beispiele der verbalen Beschreibung der bewussten Erfahrung
(wobei die Antworten des Patienten hier groß erscheinen)

„Spürst du die Spannungen im ganzen Körper?“ JA,
 „in den Armen, Beinen und am Bauch?“ JA,
 „fühlen diese sich unterschiedlich hart an?“ JA,
 „sind sie in den Armen stärker?“ NEIN,
 „in den Beinen?“ JA,
 „im ganzen Bein?“ NEIN, (Verschiedenes abgefragt, z.B. Oberschenkel, Fuß)
 „in der Wade?“ JA,
 „schmerzt es in der Wade, wenn die Spannungen auftreten?“ JA,
 „fühlen sich die Spannungen in beiden Beinen gleich hart an?“ NEIN,
 „in diesem hier (links) härter?“ JA,
 „spürst du, wenn die Spannungen anfangen?“ JA,
 „fühlt es sich wie ein Druck an?“ NEIN,
 „eher wie ein Ziehen?“ JA,
 „ist es oft am Tag, das die Waden sich anspannen und schmerzen?“ JA,
 „gibt es Zeiten am Tag, wo es stärker ist?“ NEIN,
 „also eher über den ganzen Tag verteilt?“ JA,
 „gibt es auch Momente, in denen du keine Spannungen spürst?“ JA,
 „wie fühlt es sich dann für dich an?“ Wau, wau, wau,
 „gibt es Etwas, an was du denken kannst, bei dem du entspannen kannst?“ JA,
 (das Sofa im Wohnbereich, auf das er sich am Wochenende hinlegen darf),

„deine Beine, wie kannst du sie beschreiben, wie Holz?“ NEIN,
 „wie eine Gummistange?“ NEIN,
 „oder wie Eisen?“ JA,
 „wie ist es, wenn du im Rollstuhl sitzt, sind die Spannungen dort höher?“ JA,
 „schmerzen dann die Waden auch mehr?“ JA,
 „schmerzen denn die Waden im Liegen auch?“ NEIN,
 „versuche einmal in deinen Fuß hinein zu spüren?“
 er versucht es ca. eine Minute und ist dabei sehr konzentriert,
 „hat sich etwas verändert?“ Nein,
 „kannst du dir deinen Fuß locker und entspannt vorstellen?“ JA,
 „versuche jetzt noch einmal dieses Gefühl dir für deinen Fuß vorzustellen“,
 er spürt in den Fuß hinein, athetotische Bewegungen werden etwas weniger,

„hast du bemerkt, dass es sich weniger bewegt?“ JA,
 „ist es nun ein angenehmeres Gefühl?“ JA.

Währenddessen zeigt sein rechter Arm, der vorher entspannt neben dem Körper lag, athetotische Bewegungen,
 „hast du die Spannungen in diesem Arm bemerkt?“ JA,
 „versuche auch hier einmal, in den Arm hineinzuspüren“,
 er versucht es und sein Arm geht tatsächlich in die entspannte Position zurück, nur seine Finger zeigen noch diese Bewegungen,
 „hast du gespürt, dass du es verändern kannst?“ JA,
 „versuche jetzt in deine Finger hineinzuspüren. Kannst du sie dir als entspannt vorstellen?“ JA,
 er versucht es wieder und die Fingerbewegungen werden etwas weniger.
 „gelingt es dir besser in die Finger als in die Füße hinein zu spüren?“ JA,
 „in die Beine und Füße hinein zu spüren fällt dir also schwerer?“ Ja.

Die Stunde nähert sich dem Ende
 „Kannst du dir vorstellen, wenn wir so etwas öfters üben, dass du dann alleine in die Finger und Füße hinein denken kannst?“ JA,
 „führen wir nächstes Mal weiter solche Übungen durch?“ JA,
 „macht es eigentlich Spaß, wenn ich dir solche Fragen stelle?“ OH JA, OH JA, OH JA.

Während der Therapieeinheit wurden die athetotischen Bewegungen oftmals sehr viel weniger, teilweise konnte man kurzzeitig keine mehr erkennen. Auch schwierige Übungen kann dieser Patient über seinen Körper mittlerweile erspüren. Oft hat man den Eindruck, je schwieriger die Übung und je mehr Aufmerksamkeit benötigt wird, umso weniger athetotische Bewegungen zeigen sich. Anfangs hätte ich es nicht für möglich gehalten, so viele Informationen über diesen Patienten zu bekommen. Es war sehr schön anzusehen, mit wie viel Freude diese kognitiv-therapeutischen Übungen durchgeführt wurden und es ist sicherlich sinnvoll, dieses an weiteren Patienten aus diesem Bereich anzuwenden.

Susanne Keller Zweiter monographischer Kurs in Italien

Der zweite monographische Kurs in deutscher Sprache – auf italienisch wohlklingend „giornate di studio italo tedesche“ – fand vom 12. – 14. April 2007 in der Villa Miari (dem Zentrum für neurokognitive Rehabilitation in Santorso, Italien) statt. Das Thema war vielversprechend: *Der Schmerz – Analyse und Vorgehensweise innerhalb der neurokogni-*



Carla Rizzello, Prof. Perfetti, Franca Pantè, Susanne Wopfner

tiven Rehabilitation und wurde von Prof. Perfetti und seinen Mitarbeitern in Theorie und Praxis auf spannende und vielfältige Weise dargelegt. Susanne Wopfner-Oberleit übersetzte simultan sämtliche Vorträge, unser ganz besonderer Dank dafür sei ihr an dieser Stelle noch einmal ausgesprochen!

Professor Perfetti, der wie auch im letzten Jahr auf sein Honorar verzichtete, machte in seinen Vorträgen deutlich, dass der Schmerz, der bisher in der Rehabilitation nicht als eigenes Problem angesehen und daher eher vernachlässigt wurde, aktuell aus der Sicht der CTÜ ein neurokognitives Problem darstellt, welches gemäß Karl Poppers zugrundeliegender

epistemologischer Vorgehensweise behandelt wird.

Das bedeutet, dass eine rehabilitative Hypothese als Erklärungsmodell des Schmerzes aufgestellt wird, welche daraufhin mit Hilfe der durchgeführten spezifischen Übungen überprüft werden muss.

Dies geschieht immer mit dem Fokus, neue Probleme zu entdecken, um kritisch die aufgestellte Hypothese zu überprüfen und neue Hypothesen zu formulieren, die einer erneuten Überprüfung stand halten müssen.

Konkret mündete diese Darstellung in den klaren Aufruf, keine Angst vor Fehlern zu haben, sondern sich dem Abenteuer der Forschung und Wissensenerweiterung zu stellen, da wir laut Prof. Perfetti nur auf diese aktive, selbstbestimmte Weise der Ge-

fahr der Entfremdung von unserer rehabilitativen Arbeit und dem daraus resultierenden Stillstand unseres Denkens entgehen können. Auch die Anregung, kreativ Disziplinen wie Musik, Kunst und Bildhauerei zu beachten,

gab uns Perfetti mit auf den Weg. Er berichtete davon, wie er selber wichtige Erkenntnisse über die Fragmentierung der Hand und den Ellbogen über das Betrachten von Michelangelos und Canovas Skulpturen gewonnen habe.

Die Hausaufgabe lautete dementsprechend: „Studium der Ellbogen der drei Grazien von Canova“, bzw. „Studium der verschiedenen Schul-



Villa Miari



tern der drei Pietàs von Michelangelo“.

Tatsächlich war die (schmerzhafte) Schulter auch in den Vorlesungen von Carla Rizzello und Franca Pantè ausführlich behandelt worden.

Neben aller Theorie blieb genügend Platz für die Erläuterung der praktischen Vorgehensweise, sowohl anhand zweier Falldarstellungen ehemaliger und aktueller Stipendiaten der Villa Miari, als auch der im Vorlesungssaal durchgeführten Behandlung einer Patientin mit akuten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen.



Die drei Grazien

Die Organisation war professionell durchgeführt; zudem wurden die Kursteilnehmer liebevoll bewirtet: sowohl mit Getränken und Pausen – Snacks, als auch einem sehr guten Mittags Menu der italienischen Art, selbst Wein wurde dazu gereicht....

Nach dieser üppigen Stärkung fand man sich einzeln oder in Grüppchen im Park der Villa Miari wieder, ließ sich die Sonne auf den Bauch und das geforderte Hirn scheinen, um sich danach erneut der geballten Wissensvermittlung im Vorlesungssaal zu stellen.

Am Freitag Abend folgte der gesamte Kurs der Einladung vom Bürgermeister ins Rathaus von Santorso, wo das neue Buch von Prof. Perfetti in deutscher Übersetzung präsentiert wurde.

Die Atmosphäre war festlich, aber auch freundschaftlich – bewegend und der unermüdlichen Übersetzerin Susanne Wopfner – Oberleit wurde für ihre Arbeit Dank und Anerkennung ausgesprochen.

Insgesamt waren es sehr lohnenswerte Tage, mit vielen neuen Anregungen und Denkanstößen. Ein Glück, dass

sich aus diesen „monographischen Kursen“ eine Tradition zu entwickeln scheint: Wir sind schon gespannt auf den für das nächste Jahr angekündigten Kurs vom 03.-05. April 2008. Das Thema wird wie immer einen neuen Forschungsbereich betreffen.

(Anmerk. der Redaktion: Im Rundbrief 10 war ein Artikel von Prof. Perfetti „Zwischen Körper und Schmerz – eine zu schwere Decke“)

Claus Hosang

9. Internationales Symposium in Innsbruck

Das 9. Internationale Symposium zu den kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti fand vom 22.-23. Juni 2007 im sommerlichen Innsbruck statt. Es stand nicht zuletzt wegen Prof. Perfettis Vortrag „Neurokognitive Rehabilitation: Geschichte und Konzepte“ unter einem besonderen Stern!

Bereits am Freitagabend – zur Jahreshauptversammlung des VFCR – überraschten Prof. Perfetti und Franca Pantè durch ihr Erscheinen und wurden mit stürmischem Beifall und Freudenpfeifen begrüßt. Die Jahreshauptversammlung erstreckte sich über 2 ½ Stunden, in denen sehr viel besprochen wurde (s. Protokoll). Die Frage der weiteren und professionelleren Bekanntmachung der kognitiv-therapeutischen Übungen, verbunden mit der Mitglieder-Werbung, führte zur Gründung einer PR-Gruppe. Ansonsten stand der Freitag nachmittag ganz im Zeichen des



Claus Hosang

anspruchsvollen und interessanten Vortrages unseres geschätzten Dr. med. Fabio M. Conti zu den klinischen Aspekten der kognitiv-therapeutischen Übung. Der Freitag klang traditionell mit einem geselligen Abend aus, an dem die Gespräche



durch ärztliche Zauberei von Dr. Klaus Pingsten aufgelockert wurden.

Bei nahezu vollem Saal lauschten Interessierte aus Deutschland, Italien, Österreich, der Schweiz und sogar Thailand am Samstagmorgen Prof. Perfettis Ausführungen. Seine

punkt stand. Unserer Vorsitzenden Susanne Wopfner-Oberleit sei an dieser Stelle herzlich für die Übersetzung der Vorträge von Franca Pantè und Prof. Perfetti gedankt.

Die Erfolgsgeschichte des Herrn

Kelz, der nach beidseitiger Handtransplantation von Frau Barbach, Frau Kaiser und Frau Wopfner-Oberleit therapiert wurde, war beeindruckend und ergreifend. Zumal

Herr Kelz selbst referierte. Anschließend erläuterte Susanne Wopfner-



Darlegungen zur Plastizität des ZNS und zur Bedeutung der bewussten Erfahrung in Verbindung mit neuesten neurophysiologischen Forschungsergebnissen bestätigen seinen rehabilitativen Ansatz. Für alle Anwesenden war dies ein therapeutischer Genuss!

Im Anschluss sprach Frau Pantè sehr praxisnah über therapeutische Aspekte der neurokognitiven Rehabilitation, wobei die motorische Imagination im Mittel-

Oberleit die kognitiv-therapeutischen Übungen für Apraxiepatienten, wobei sie näher auf die Dekodifikation und die Transformation einer Bewegung einging.

Die drei Fallvorstellungen von Matthias Volquartz „Die schmerzhafteste Schulter“, Uwe Steinkamp „Die kognitiv-therapeutischen Übungen bei



einem Patienten mit double Athetose“ und Regina Bodynek „Erneut auf der Suche nach apraktischen Komponenten zu einem optimalen und stabilen Reha-Ergebnis“ beinhalteten



interessante Anregungen aus der Praxis. Dies sollte man beibehalten.

Der Bericht von Nicole Thelen über ihre Erfahrungen in der Villa Miari in Santorso/Italien, sowie die ursprünglich geplante abschließende Diskussion, mussten aus Zeitgründen leider entfallen.

Für viele und auch für mich waren es anstrengende aber vor allem erkenntnisreiche und schöne Tage in Innsbruck. Sie werden uns nicht zuletzt aufgrund der Anwesenheit Prof. Perfettis in Erinnerung bleiben.



Protokoll

1. Mitgliederversammlung 2007

22. Juni 2007

Ort: Haus der Begegnung, Innsbruck
Sitzungsleitung: Susanne Wopfner-Oberleit
Protokoll: Kira Tschirner

TOP 1

Ergänzung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird um weitere Punkte ergänzt, die den jeweiligen TOPs zu-geordnet werden.

TOP 2

Protokoll

Das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung vom 01.Dezember 2006 wird auf Wiedervorlage durchgesehen.

TOP 3

Begrüßung

Begrüßung der Anwesenden durch die erste Vorsitzende Frau Wopfner-Oberleit. Es wurde festgestellt, dass form- und fristgerecht zu dieser Sitzung eingeladen wurde.

TOP 4

Jahresbericht

- 4.1. Bericht der Vorsitzenden Susanne Wopfner-Oberleit
Frau Wopfner berichtet über das vergangene Jahr und geht auf die Arbeit des Vorstandes im Einzelnen ein.
- 4.2. Bericht der Schriftführerin Kira Tschirner
Frau Tschirner berichtet über die Mitgliederverwaltung und bittet die anwesenden Mitglieder die rumgehende Mitgliederliste bei Bedarf zu ergänzen und zu unterschreiben.
- 4.3. Bericht des Kassierers Uwe Steinkamp
Herr Steinkamp berichtet über das vergangene Geschäftsjahr und erklärt die Vereinsaktivitäten.
- 4.4. Bericht der Kassenprüferin
Heidrun Brand-Pingsten berichtet über die Kassenprüfung, die sie zusammen mit Birgit Rauchfuß durchgeführt hat. Sie bedankt sich bei Herrn Steinkamp für die hervorragende Vorbereitung.
- 4.5. Entlastung des Vorstandes
Frau Brand-Pingsten beantragt die Entlastung des Vorstandes. Die anwesenden Mitglieder entlasten den Vorstand einstimmig.
- 4.6. Wahl eines/r Kassenprüfer/in
Birgit Rauchfuß und Heidrun Brand-Pingsten wurden erneut für das Amt der Kassenprüfer vorgeschlagen und werden beide einstimmig von den Mitgliedern gewählt. Beide nehmen die Wahl an.

TOP 5

Vorstellung des neuen Vereinsflyer

Dr. Anselm Reiners berichtet über die Erstellung des neuen Vereinsflyers. Jeder Teilnehmer wird aufgefordert sich welche mitzunehmen. Wer Interesse an weiteren Flyer hat, kann diese kostenlos bei Kira Tschirner (Kira.Tschirner@gmx.de) anfordern.

Bei der Erstellung des Flyers wurde der Verein vom Graphiker darauf hingewiesen, dass die Benutzung zweier Logos ungewöhnlich sei. In unserem Fall der „Adam“ und das „Gehirn“. Es kommt zur Diskussion, ob wir ein Logo fallen lassen. Es wird ein Meinungsbild erstellt und die Mehrzahl der Mitglieder ist dafür, sich vom „Gehirn“ zu trennen, da diese Motivart u.a. von vielen Vereinen genutzt würde. Es wird von vielen Anwesenden gewünscht, den „Adam“ als alleiniges Logo zu behalten.

TOP 6

Planung des Symposiums 2008

Frau Wopfner-Oberleit stellt vor, dass das nächste Symposium vom 13.+14. Juni 2008 voraussichtlich in Frankfurt-Hochst stattfinden wird. Eine Referentin wird Frau Ise Breggi sein, die einen Vortrag über die Behandlung von Kindern - nach den kognitiv-therapeutischen Übungen - hält. Die Mitglieder werden eingeladen, selbst interessante Vorträge zu halten. Vielleicht können vereinzelt die Absolventen des laufenden Examenskurses ihre Abschlussarbeiten vortragen.

TOP 7

Planung des Monographischen Kurses 2008

Der nächste Monographische Kurs wird vom 27.-29. März 2008 in Santorso stattfinden. [Anm. der Redaktion: der Kurs wurde in Absprache mit Italien auf 3.-5. April 2008 verlegt] Das Thema ist noch nicht bekannt, weil es immer das aktuellste ist, woran Prof. Perfetti gerade arbeitet. Heidrun Brand-Pingsten hat sich spontan bereit erklärt, für den Kurs die Anmeldung zu übernehmen. (H.Brand-Pingsten@t-online.de)

TOP 8

Bericht des laufenden Examenskurses 2006

Dr. Reiners bedankt sich bei Dr. Conti, Frau Wopfner-Oberleit, Frau Gambihler, Frau Neugebauer und allen Beteiligten für ihr tolles Engagement bei der Organisation. Die Durchführung eines Examenskurses ist sehr wichtig und bietet eine hervorragende Möglichkeit für die Teilnehmer, das eigene Wissen enorm zu erweitern.

TOP 9

Planung des Examenskurses 2008

Es ist wichtig weitere Examenskurse anzubieten. Der nächste Kurs startet mit der Theoriewoche vom 01.-06 Dezember 2008 in München/Bogenhausen.

TOP 10

Bericht über den Vereinsstand beim Ergotherapiekongress in Kassel 2007

Birgit Rauchfuß berichtet über den Stand beim Ergotherapiekongress 2007 in Kassel und erklärt, welche Vorbereitungen hierfür notwendig waren. Sie hat ein Handout erstellt, um festzuhalten, was man wann organisieren muss.

Heidrun Brand-Pingsten (H.Brand-Pingsten@t-online.de), Uwe Steinkamp (Uwe.Steinkamp@t-online.de) und Matthias Volquartz (volquartz@yahoo.de) stellen schon heute ihre Mitarbeit für den kommenden Europäischen Ergotherapie-Kongress 2008 in Hamburg zur Verfügung. Es werden aber noch dringend weitere Helfer zur Unterstützung gesucht!!! Matthias Volquartz bietet seine Praxis als Übernachtungsmöglichkeit an (Entfernung: 60 km) und ganz in der Nähe ist auch die Jugendherberge.

TOP 11

Diskussion über die Präsenz unseres Vereins bei Kongressen

Es stellt sich generell die Frage, ob wir als Verein bei weiteren Kongressen vertreten sein sollten. Die Idee kam auf, ob wir einen Stand bei einem Physiotherapiekongress haben sollten. Es ist schwierig, weil a) die finanziellen Möglichkeiten nicht sehr üppig sind und b) es seit Jahren schwierig ist Physiotherapeuten zu motivieren. Denn obwohl Frau Wopfner-Oberleit auch Kurse vor Physiotherapeuten hält, ist deren weiteres Interesse schwer zu aktivieren. Es scheint, dass Physiotherapeuten eine andere „Kultur“ haben, so dass die kognitive Rehabilitation noch nicht als Basisansatz gesehen wird.

TOP 12

Homepage

Maria Barbach kennt jemanden den sie bzgl. der Erstellung einer Homepage fragen möchte. Sie schließt sich mit Dr. Reiners kurz, der sich im Münchner Raum erkundigt. Weitere Anregungen nimmt er ebenfalls entgegen.

TOP 13

Rundbrief

Frau Wopfner-Oberleit wünscht sich von den Mitglieder Feedback zum Rundbrief. Die Äußerungen sind sehr positiv, der Rundbrief wird sehr gerne gelesen.

TOP 14

Verschiedenes

- Frau Wopfner-Oberleit wird in der Broschüre „Ergotherapie & Rehabilitation“ vom DVE einen Artikel über „Die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung: ein wichtiges Befund- und Therapiemittel“ veröffentlichen. Es wurde aus Werbezwecken für den Monographischen Kurs und das Symposium angeregt, dass dieser Artikel zum Jahresende erscheint.
- Werbung: Für den Monographischen Kurs und das Symposium soll in mehreren Zeitungen annonciert werden. Öffentlichkeitsarbeit: Um vermehrt in der Öffentlichkeit präsent zu sein kam die Idee auf, eine „PR-Arbeitsgruppe“ zu bilden. Regina Klossek ist daran interessiert, so eine zu gründen. Unterstützt wird sie von Claus Hosang. Weitere Interessierte können sich bei ihnen melden (regina.klossek@web.de), (ergotherapiehosang@t-online.de). Um die Mehrkosten für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit zu decken, wurde von den Mitgliedern angeregt den Mitgliedsbeitrag für Therapeuten auf 45,- jährlich zu erhöhen (anstatt 35,-). Der Mitgliedsbeitrag für Ärzte (70,-) und Schüler/Studenten (15,-) soll bleiben. Der Vorstand wird diesen Vorschlag in der nächsten Vorstandssitzung besprechen.
- Das Vereinskonto in Singen wird geschlossen. Das Vereinskonto in der Schweiz sollte zunächst auch geschlossen werden, was jedoch noch nicht geschieht. Der Verein hat das Konto in Oelde und vorläufig auch noch das in der Schweiz.

TOP 15

Nachlese und Vorbereitung der nächsten Sitzung

Susanne Wopfner beendet die Sitzung und lädt die Mitglieder zum Bunten Abend ein, an dem auch Prof. Perfetti und Franca Panté teilnehmen.

Für das Protokoll: Kira Tschirner Ehrenamtliche Schriftführerin VFCR
Datum: 22. Juni 2007

Informationen zum 10. Internationalen Symposium 2008

Das 10. Symposium unseres „Vereins zur Förderung der Kognitiven Rehabilitation“ ist dieses Jahr zweitägig und findet vom **13. – 14. Juni 2008** jeweils von 9.00 bis 18.00 statt. Als Veranstaltungsort haben wir das **Best Western Hotel Frankfurt-Rodgau** gewählt, da es durch die Nähe zu Frankfurt in der Mitte von Deutschland liegt und damit für alle per Bahn, Auto oder Flugzeug gut zu erreichen ist.

Obwohl das Symposium doppelt so lange dauert, ist es nicht doppelt so teuer. Für Mitglieder beträgt die Teilnahmegebühr 140€ und für Nichtmitglieder 170€. In diesem Preis sind enthalten die Teilnahme an den Vorträgen des Symposiums, das Mittagessen am Freitag und Samstag einschließlich Mineralwasser Apfelsaft und jeweils zwei Kaffeepausen mit Obst am Freitag und Samstag.

Bei den Vorträgen des Symposiums werden unterschiedliche Bereiche der Rehabilitation angesprochen: die Behandlung von Kindern, von neurologischen Patienten, von Patienten mit peripheren Störungen, von Schmerzpatienten etc. Für die Erläuterung der Anwendung der Kognitiv-Therapeutischen Übungen bei Kindern konnten wir Frau Ise Breggi gewinnen. Sie ist einer der ersten Therapeutinnen die mit Prof. Perfetti zusammen das Entstehen dieses Konzeptes möglich gemacht hat. Zusammen mit Frau Dr. Puccini hat sie die kognitive Rehabilitation für die Behandlung von Kindern entwickelt. Frau Dr. Pantè, die „rechte“ Hand von Prof. Perfetti, wird uns die neuesten Entwicklungen der kognitiven Rehabilitation erläutern. Dr. Conti wird uns sicherlich wieder durch einen Vortrag mit neurophysiologischem Inhalt begeistern. Wir werden einen Vortrag über Körperschema/Körperbildstörungen bei CRPS Patienten hören und auch einen sehr interessanten Vortrag über Kleinhirnpatienten. Auch der Schmerz und die Bedeutung des Schmerzgedächtnisses wird Inhalt eines Vortrages sein. Diese und viele weitere Vorträge rund um das Thema „Kognitiv therapeutische Übungen“ sollen einen umfassenden Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten der Kognitiven Rehabilitation vermitteln.

Es sind nicht unbedingt Vorkenntnisse notwendig. Die Vorträge sind sowohl für „Anfänger“ als auch für „Fortgeschrittene“ geeignet, wobei die Erfahrenen das Gehörte wahrscheinlich noch schneller bei der Arbeit mit Patienten umsetzen werden können.

Information zum Monografischen Kurs vom 3. – 5. April 2008

Der diesjährige monografische Kurs findet vom 3. – 5. April wieder in der Villa Miari in Santorso / Italien statt. Das Thema dieses Kurses lautet: **„Instruktionen, therapeutisches Team und Rehabilitation.“** Vortragende werden sein: Prof. Perfetti, Frau Dr. Pantè und Frau Dr. Rizzello.

In diesem Kurs wird die Bedeutung der Sprache bzw. der Kommunikation innerhalb des therapeutischen Teams, das aus Patient, Therapeut und Therapiemittel besteht, erläutert. Der Ausgangspunkt jeder Handlung, aber auch jeder Veränderung, jedes Lernens ist der mentale Prozess, also eine nicht sichtbare aber alles entscheidende mentale Operation. Die Sprache bzw. das Nachfragen von Seiten des Therapeuten ist einerseits wichtig, um zu erfahren, welche mentalen Prozesse der Patient macht und dementsprechend zu erfahren, welche mentalen Operationen verändert, gestört oder fehlend sind. Erst mit diesem Wissen kann man eine maßgeschneiderte Behandlung für den jeweiligen Patienten kreieren. Der nächste Schritt besteht nun darin, während der jeweiligen Übungen den Patienten durch verbale Instruktionen dazu zu bringen, jeweils diese mentalen Prozesse bzw. Gedankengänge zu durchlaufen, die für den Lernprozess und damit für eine bessere Wiederherstellung des jeweiligen Patienten als wichtig erachtet werden. Es wird also erläutert, wie der Therapeut durch Instruktionen die mentalen Prozesse des Patienten lenken und leiten kann. Dieses Thema wird nicht nur durch theoretische Vorträge sondern auch durch Patientenbeispiele erläutert.

Der Verein konnte wieder zu Sonderpreisen Zimmer im Hotel Miramonti in Schio reservieren, sodass die Kursteilnehmer die Möglichkeit haben, günstig in einem Viersterne-Hotel zu wohnen. Das Einzelzimmer kostet 59€, das Doppelzimmer 70€, zudem gibt es Drei- und Vierbettzimmer. Diese Zimmer kosten 33€ pro Person. In den oben genannten Preisen ist ein reichhaltiges Frühstücksbuffet enthalten. Falls jemand mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Schio kommt, wird für eine Fahrgelegenheit von Schio nach Santorso gesorgt.

Der Kurs kostet 280€ für Mitglieder und 330€ für Nichtmitglieder. 3 Mittagessen und die Pausengetränke sind im Kurs inkludiert.

Für weitere Fragen können Sie gerne Frau Susanne Wopfner (susanne.wopfner@gmx.at) kontaktieren.

Ein Formular für eine schnelle Faxantwort befindet sich auf der Rückseite des Anschreibens

PERFETTI KURSTERMINE

Januar

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

Teil: 25. - 27. Jänner 2008, 2. Teil: 15. - 17. Februar 2008. Ansprechpartner: Ursula Vogel (Ursula.Vogel@shs.srh.de), Stephen-Hawking-Schule Neckargemünd

Einführungskurs (Regina Klossek, D)

25. / 26. Jänner 2008, Anmeldung: Frau Thau-Hähne, Tel: 07041-152308, hildegard.thau-haehnle@kliniken-ek.de, BIZ-Bildung in Zusammenarbeit mit Enzkreis-Kliniken, Hermann-Hesse-Str. 34 in 75417 Mühlacker

Februar

Praxiskurs (Hanne Priusken, D)

01. - 03. 02. 08, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Ansprechpartnerin Marianne Seeger, Tel:0541-4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

März

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

1. Teil: 7. - 9. März 2008, 2. Teil: 11. - 13. April 2008, Ansprechpartner: Frau Kaiser, akaiser@didornstadt.de, Tel.: +49 (0) 7348 / 9874 - 73, Fax: +49 (0) 7348 - 30

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

28. / 29. März 2008, Eibelstadt, Praxis für Ergotherapie, Hauptstr.7, 97246 Eibelstadt
Ansprechpartnerin Daniela Scheuermann Tel.: 09303-785

April

Monografischer Kurs in Italien (Prof. Perfetti, Dr. Franca Pantè, Dr. Carla Rizzello)

Thema: "Instruktionen, therapeutisches Team, Rehabilitation", Datum: 3. - 5. April 08,

Ort: Villa Miari - Zentrum für neurocognitive Rehabilitation, Santorso / Italien, Anmeldung: Heidrun Brand-Pingsten

H.Brand-Pingsten@T-online.de

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

25. / 26. April 2008 Krankenhaus Bogenhausen, München, Ansprechpartnerin: Martina Neugebauer Tel.: 089-43088127, physmed.ergotherapie@kh-bogenhausen.de

Juni

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

6. - 8. Juni 2008, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040-87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Internationales Symposium für „Kognitiv Therapeutische Übung“

13. / 14. Juni 2008, Best Western Hotel Frankfurt-Rodgau, Kopernikusstr. 1, 63110 Rodgau, Information:

susanne.wopfner@gmx.at, Anmeldung: kira.tschirner@gmx.de

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

27. / 28. Juni 2008, Akademie der Diakonischen Dienste Hannover gGmbH Annastift, Anna-von-Borries-Str. 1-7, 30625

Hannover, Ansprechpartnerin Birgit Schulze

Tel.: 0511-5354606, www.annastift.de

August

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

30. / 31. August 2008, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück,

Organisation: Marianne Seeger Tel.: 0541- 4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

September

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

1. Teil: 19. - 21. September 2008, 2. Teil: 17. - 19. Oktober 2008, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg,

Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

20. / 21. September 2008, Fortbildungszentrum Bernhard Oberhauser, Wüldorf am Inn
Ansprechpartner Bernhard Oberhauser, ergo-oberhauser.de

Oktober

Basiskurs (Franca Pantè, Carla Rizzello, Italien)

Teil 1: 13. - 15. Oktober 2008, Teil 2: 24. - 26. November 2008, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Ansprechpartnerin Marianne Seeger Tel.: 0541-4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

18. / 19. Oktober 2008, Leibniz Kolleg Hannover, Fischerstr.1, 30167 Hannover Organisation: Gunda Pollok-Jabbi Tel.: 0511-167696-11, www.leibnizkolleghannover.de

November

Einführungskurs (Regina Klossek, D)

7. / 8. November 2008, Anmeldung: Frau Thau-Hähnle, Tel: 07041-152308, hildegard.thau-haehnle@kliniken-ek.de, BIZ-Bildung in Zusammenarbeit mit Enzkreis-Kliniken, Hermann-Hesse-Str. 34 in 75417 Mühlacker

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

1. Teil: 14. - 16. November 2008, 2. Teil: 12. - 14. Dezember 2008, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, mail: info@impuls-fortbildung.de

Dezember

Examenskurs (Perfetti, Pantè, Rizzello, Conti, Wopfner, Reiners)

Beginn mit der Theoriewoche: 1. – 6. Dezember 2008 im Krankenhaus München Bogenhausen, Organisation: Dr. Reiners, Ansprechpartner: Frau Breu: physmed@kh-bogenhausen.de, Tel.: +49 / (0)89 9270 – 2401

Einführungskurs (Hanne Priusken, D)

08. / 09. Dezember 2008, CeKIB Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Str.1, 90419 Nürnberg, Ansprechpartnerin Gabriele Birl Tel.: 0911-3982638, birl@klinikum-nuernberg.de

ANWENDERTREFFEN

• **45770 Marl:** Praxis für Ergotherapie, Birgit Rauchfuß, Linder Weg 44, 45770 Marl, Kontakt: rauchfuss@ergotherapie-marl.de, Nächstes Treffen: Bitte erfragen.

• **90763 Fürth:** Praxis für Ergotherapie, Ute Schmidt, Amalienstr. 13, 90763 Fürth, Kontakt: reiner.schweizer@nefkom.net, Nächstes Treffen: Bitte erfragen(Grundkenntnisse CTÜ erforderlich)

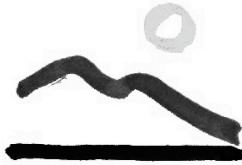
Kontoverbindungen VFCR

Deutschland: VFCR Volksbank Ennigerloh-Oelde-Neubeckum BLZ 412 614 19 KTO 19 17 15 04 00

Österreich: Kontoverbindung s. o. NICHT das Formular "Auslandsüberweisung " benutzen , dieses kostet ca. € 18,- Bearbeitungsgebühr. Formular " **EU- Standard**" benutzen, dieses kostet max. € 0,80
Folgende Nr. sind notwendig: BIC: GENODEM1OEN IBAN: DE18 4126 1419 1917 1504 00
(www.iban-rechner.de zur Ermittlung von BIC und IBAN im Internet anhand BLZ und KTO)

Schweiz: (Für Bareinzahlung am Postschalter und Überweisung) Euro SIC Clearing -Nr. Finanzinstitut: 9000
Name Finanzinstitut: Post Finance, Swiss CH - 3030 Bern Kontonummer: 91 - 24 28 59 - 5
Name Begünstigter: Verein für cognitive Rehabilitation VFCR e.V. DE-Singen

Anzeige

Stellenausschreibung Clinica Hildebrand - Brissago (Schweiz)Investor

CLINICA HILDEBRAND
CENTRO DI RIABILITAZIONE BRISSAGO
Via Crodolo, CH - 6614 Brissago

www.clinica-hildebrand.ch

Tel. +41 (0)91 786 86 86
Fax medico + 41 (0) 91 786 86 87
Fax amministrativo +41 (0)91 786 86 88

info@clinica-hildebrand.ch

La Clinica Hildebrand, Centro di riabilitazione Brissago, opera secondo il mandato di prestazione attribuito dal Cantone Ticino nell'ambito della riabilitazione neurologica e muscoloscheletrica. Situato direttamente sul Lago Maggiore, il Centro conta 90 letti, dispone di un'infrastruttura moderna ed è membro dell'Associazione delle Cliniche di Riabilitazione Svizzere (SWISS REHA).

Cerchiamo
due Ergoterapisti/e dipl. all'80%

Offriamo:

- un posto di lavoro interessante e variato
- una collaborazione in un'équipe interdisciplinare
- un ambiente piacevole e un'infrastruttura moderna
- aggiornamenti e formazione professionale continua

Richiediamo:

- capacità di lavorare sia in team che in modo autonomo
- spiccato interesse per la riabilitazione neurologica
- facoltà d'adattamento e flessibilità
- buona conoscenza della lingua italiana
- esperienza nel campo neurologico ed ortopedico

Attendiamo con interesse la sua candidatura.

Per ulteriori informazioni rivolgersi direttamente a:

Signor Andrea Marforio, Responsabile unità operativa di fisioterapia ed ergoterapia
Telefono +41(0)91 786 86 86

Offerta scritta da inviare a:

Signora Lara Balestra, Servizio risorse umane
Clinica Hildebrand, Centro di riabilitazione Brissago, Via Crodolo, CH-6614 Brissago

