

Verein für kognitive Rehabilitation



VFCR

VFCR (Verein für kognitive Rehabilitation)

Der Verein hat u. a. das Ziel, die neurokognitive Rehabilitation nach Prof. Perfetti zu verbreiten und zu fördern. Schon in der Art des Konzeptes liegt eine ständige Weiterentwicklung und Veränderung, so dass die Aus- und Weiterbildung der Therapeuten einen hohen Stellenwert hat.

Der VFCR organisiert regelmäßig Symposien und Kurse mit Schwerpunktthemen.

Es besteht eine enge Verbindung und intensive Zusammenarbeit mit Prof. Perfetti und seinen Mitarbeitern in Santorso/Italien.

QUALIFIKATIONEN DER THERAPEUTEN

Die AIDETC (Associazione Internazionale Docenti Esercizio Terapeutico Conoscitivo - internationaler Verein der Dozenten für kognitiv-therapeutische Übungen) wurde gegründet, um die Qualität der Lehrtätigkeit in Bezug auf die kognitiv-therapeutischen Übungen zu gewährleisten. Deren Richtlinien gelten auch für den VFCR. Der Verein unterstützt daher nur die nach AIDETC anerkannten Dozenten und Fortbildungen.

Ein ausführliches Dokument über die Qualifikationen und Ausbildungsrichtlinien kann auf der Homepage eingesehen werden (www.vfcr.de).



DAS ZIEL der kognitiven Rehabilitation ist die Reorganisation des Systems Mensch, die ihren Ausgangspunkt in der Reorganisation des Nervensystems haben muss, das sich nach einer Schädigung in einem pathologischen Zustand befindet. Durch die gezielte Aktivierung von kognitiven Prozessen soll beim Patienten das zentrale Nervensystem in programmierter Weise angeregt werden, wodurch im gesamten System, also im Gehirn und letztlich bei den Bewegungen Veränderungen hervorgerufen werden sollen. Hierdurch soll ein möglichst physiologisches Bewegungsverhalten ermöglicht werden.

DAS KONZEPT der kognitiv-therapeutischen Übung wurde Anfang der 70er Jahre von Prof. Carlo Perfetti (Santorso/Italien) ursprünglich speziell für Hemiplegiepatienten entwickelt. Diese Behandlungsform wird heute bei allen neurologischen aber auch bei orthopädischen, chirurgischen und pädiatrischen Patienten angewendet. Ausgangspunkt für das Entstehen und für die Veränderungen dieses Therapiekonzeptes waren und sind wissenschaftliche Erkenntnisse aus verschiedensten Forschungsrichtungen.

Dem therapeutischen Vorgehen liegt also eine »systemische Anschauungsweise« zugrunde, die besagt, dass der Mensch als ein komplexes System angesehen werden soll. Das bedeutet, dass menschliche Fähigkeiten wie Bewegung, Wahrnehmung und kognitive Leistungen nicht isoliert betrachtet



und behandelt werden dürfen, sondern eine funktionelle Einheit bilden, die nur im gegenseitigen Austausch Erkenntnisprozesse (Kognition) hervorbringen. »Kognitiv« heißt »auf Erkenntnis beruhend«.

Der Erkenntnisprozess ist eine zentrale Fähigkeit des Menschen und auch ein zentrales Element der kognitiven Rehabilitation.

Um zur Erkenntnis zu gelangen, wirken Wahrnehmung, mentale Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Koordination und Reaktion und Bewegung miteinander. Die Wahrnehmung ist im Erkenntnisprozess von hoher Bedeutung, denn durch diese erhält das ZNS Informationen vom Körper und der Umwelt, die es für die Programmierung und Ausführung von Bewegungen benötigt. Der Wahrnehmungsprozess stellt demzufolge einen wichtigen Teil der Bewegung dar. Bewegung erzeugt Informationen und die Information ermöglicht das Entstehen der Bewegung. Ist dieser Informationskreislauf gestört, können physiologische Bewegungsabläufe nicht entstehen.

DIE REORGANISATION des Systems soll durch die Aktivierung programmierter Lernprozesse geschehen. Ohne Aufmerksamkeit ist dies nicht möglich. Daher nimmt die aktive und gerichtete Aufmerksamkeit des Patienten einen besonderen Stellenwert ein. Indem der Patient seine Aufmerksamkeit gezielt auf bestimmte Elemente seines Körpers



lenkt (gelenkter Wahrnehmungsprozess), lernt er die Komponenten der Spastizität kennen und eigenständig zu kontrollieren. Nicht mehr der Therapeut soll fazilitierend oder inhibierend eingreifen, sondern der Patient soll lernen, seine kognitiven Fähigkeiten einzusetzen, um die pathologischen Elemente kontrollieren zu können.

Die kognitiven Prozesse stellen daher die »Arbeitsinstrumente« dieses Konzeptes dar. Hierzu zählen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, aber auch die Vorstellungskraft und die Sprache.

Die motorische Imagination ist zu einem bedeutenden Mittel geworden, denn viele wissenschaftliche Arbeiten haben bewiesen, dass die motorische Imagination zumindest einen wichtigen Teil der Bewegungsplanung darstellt. Das gezielte »Vorstellenlassen« von Bewegung dient also dem Bilden der korrekten Bewegungsplanung und damit dem Wieder-Erlernen von physiologischen Bewegungen.

Die Sprache hat besonders in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen – sowohl die Sprache des Therapeuten, die gezielt eingesetzt wird, um die Denkprozesse des Patienten zu lenken, als auch die Sprache bzw. die Beschreibung des Patienten, welche es ermöglicht eine introspektive Sicht seines Erlebens zu erhalten. Dadurch wird die Interpretation seiner Pathologie, die Planung der Behandlung, also auch das verbale Lenken während der Übung, umso exakter möglich.



DAS 3-STUFEN-KONZEPT DER ÜBUNGEN

Die Anwendung der neurokognitiven Theorie bedingt die Auswahl bestimmter Übungen und die eigene Interpretation der verschiedenen Pathologien. Jede Übung enthält die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und stellt ein Problem dar, dass der Patient durch den Einsatz seines Körpers lösen muss.

Es ist also von großer Bedeutung, dass jede Bewegung ein überprüfbares Ziel hat, denn die abstrakte Bewegung ist für das ZNS sinnlos und führt zu keinem Lerneffekt. Bei den meisten Übungen wird die Bewegung mit geschlossenen Augen durchgeführt, um so die Körperwahrnehmung in den Vordergrund zu rücken und um dadurch die meist dominante visuelle Komponente nicht zu sehr als kompensatorische Informationsaufnahme zu etablieren.

1 Bei den Übungen ersten Grades werden die Bewegungen des Patienten komplett vom Therapeuten geführt.

Die Aufmerksamkeit des Patienten wird dabei auf unterschiedliche Elemente der Bewegung (Richtung, Distanz, Richtungswechsel, Gelenkstellung), aber auch auf Kontaktelemente (Oberflächen) und das (Wieder-)Erkennen der Informationen gelenkt. Dabei hält er die Augen geschlossen.



Die Übungen ersten Grades werden dann angewandt, wenn es notwendig ist, dass der Patient lernt, die abnorme Reaktion auf Dehnung (ARD) zu kontrollieren.

Weitere Ziele sind die Verbesserung der taktil/kinästhetischen Wahrnehmung und die Verminderung des Rekrutierungsdefizites.

Während der geführten Bewegungen lenkt der Patient seine Aufmerksamkeit auf die Ausarbeitung und Überprüfung der perzeptiven Hypothese.

2 Bei den Übungen zweiten Grades beginnt der Patient, einen immer größer werdenden Teil der Bewegung aktiv zu übernehmen, aber nur so viel, dass es zu keinen abnormen Irradiationen kommt. Der Patient hält dabei die Augen geschlossen, damit er seine Aufmerksamkeit auf die relevanten somästhetischen Informationen und die Kontrolle der abnormen Irradiationen lenken kann.

Die Informationen können taktil-kinästhetischer Art sein, aber auch Druckwahrnehmung und Erkennen des Reibungswiderstandes können einen Bestandteil der Übung darstellen.

Ziel der Übungen zweiten Grades ist es, dass der Patient die Kontrolle über die abnorme Irradiation erlangt. Weitere Ziele sind die Verbesserung der taktil/kinästhetischen und somästhetischen Wahrnehmung, die Verminderung des Rekrutierungsdefizites durch korrekte



Antizipation der Bewegungsintensität sowie die Konstruktion komplexer Informationen (Druck, Reibungswiderstand, Gewicht). Im Laufe der Behandlung wird der Therapeut die Unterstützung schrittweise reduzieren, wenn es dem Patienten immer besser gelingt, seine Motorik ohne Pathologie einzusetzen.

3 Bei den Übungen dritten Grades werden die Bewegungsabläufe komplexer und der Patient beginnt die Bewegungen immer selbstständiger durchzuführen. Eine koordinierte Aktivierung der motorischen Einheiten verschiedener Muskelgruppen gehört zu den wichtigsten Voraussetzungen des Wiedererlernens physiologischer Bewegungsabläufe.

Dabei wird versucht, die kinematische Kette sukzessiv zu verlängern. Der Patient muss seine Aufmerksamkeit auf das Überwinden der elementaren Schemata (Fähigkeit der komplexen Bewegungsorganisation) lenken. Er soll lernen, die Bewegung an die gestellte perzeptive Hypothese anzupassen.

Das Ziel dieser Übungen besteht darin, den Patienten in die Lage zu versetzen, das Rekrutierungsdefizit so weit zu vermindern, dass feine Bewegungsregulierungen vorgenommen werden können. Auch soll die somästhetische Wahrnehmung verbessert bzw. normalisiert werden. Die Bewegungen dienen weiterhin dazu, Informationen einzuholen.



Damit der Transfer der Übungen in den Alltag des Patienten gelingt, gibt es neben den schon bekannten Merkmalen der neurokognitiven Rehabilitation, wie das Arbeiten mit geschlossenen Augen, die geführten Bewegungen, das Nutzen von Sprache, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, das Verarbeiten somästhetischer Informationen sowie besondere Therapiemittel, aktuelle Vorschläge bezüglich der therapeutischen Vorgehensweise.

Alle Phasen des rehabilitativen Prozesses sollten einen konstanten Bezug zur Realität haben. Ein neues Arbeitsmittel ist somit der Vergleich: Er ist ein wichtiger mentaler Prozess für das Erkennen, das Lernen und das Bewusstwerden. Hier ist es Aufgabe des Therapeuten, den Patienten anzuleiten, einen Vergleich herzustellen. Dieser kann u. a. sein:

- Vergleich der betroffenen Seite mit der nicht betroffenen Seite
- Vergleich der aktuellen Handlung mit einer präläsionalen Erfahrung
- Vergleich einer vorgestellten Handlung mit Elementen der Übung

Innerhalb des Vergleichs soll der Patient auch Verbindungen herstellen. Die neurokognitive Hypothese lautet, dass besonders die Suche nach Unterschieden und Ähnlichkeiten, eine Veränderung der Organisation des Systems bewirken kann.

Quellen

- Perfetti C. (1997) Der hemiplegische Patient – kognitiv-therapeutische Übung. Pflaum Verlag, München.
- Perfetti C. (2007) Rehabilitieren mit Gehirn – kognitiv-therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie. Pflaum Verlag, München.
- Homepage des VFCR www.vfcr.de

ADRESSEN

VFCR · Verein für kognitive Rehabilitation

www.vfcr.de

info@vfcr

Links

atoform

www.atoform.net /

Samitec



Ein Unternehmen der

atoform
AUSTRIA
Gruppe

fumagalli

www.fumagalli.org



Villa Miari

www.riabilitazioneurocognitiva.it



Bankverbindung

Volksbank Oelde-Ennigerloh-Neubeckum

IBAN DE18 4126 1419 1917 1504 00

BIC GENODEM10EN