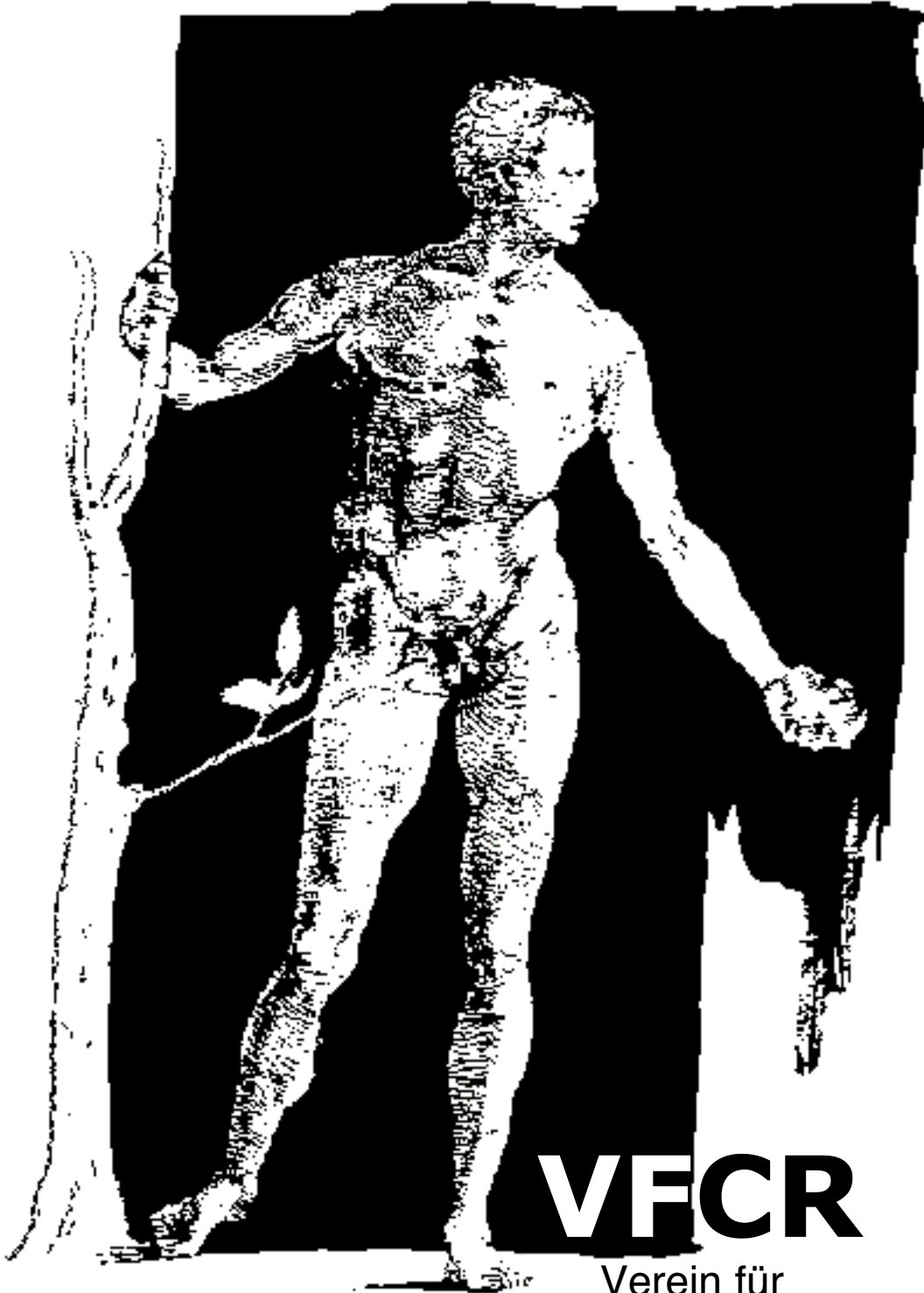


Rundbrief

Nr. 7

Mai. 2005



VFCR

Verein für
Cognitive Rehabilitation



**Verein für Cognitive
Rehabilitation**

Liebe Freunde
Liebe Kollegen,

Bald werden wir uns in Würzburg wieder sehen. Ich erwarte Sie zahlreich auf der wichtigen Jahresversammlung von Freitag d. 24. Juni 2005.



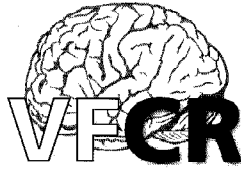
Mein Artikel in diesem 7. Rundbrief sollte Sie auf das bevorstehende jährliche Symposium vorbereiten. Das Programm ist wie versprochen mehr praxisorientiert als zuvor. Daher danke ich schon jetzt unseren Mitgliedern, die auf dem Symposium ihre interessante Beiträge bieten werden.

Frau Susanne Wopfner-Oberleit wird über die aktuellen Entwicklungen der kognitiv-therapeutischen Übung berichten, was sicher von zentraler Bedeutung ist. Meinerseits werde ich mich in meinen Vorträgen einerseits um die Frage der plastischen Eigenschaften des Zentralnervensystems, die den Schlüssel zur Wirkung der therapeutischen Interventionen darstellen und andererseits um die heute meist diskutierte Eigenschaften, die man aus Sicht der Wissenschaft von den Übungen erwartet.

In den Gesundheitssystemen in Europa wird es immer schwieriger dem Patienten zu bieten, was wir eigentlich für richtig halten, um Erfolg zu haben. Dies gilt insbesondere für die Neurorehabilitation. Unser Konzept hat viele Impulse und Ideen geboten, die nunmehr als selbstverständlich von fast allen Mitbeteiligten erachtet werden. Darüber spreche ich auch in meinem Vortrag am Samstag. Wir müssen den Weg finden, um noch präsenter zu sein, natürlich weiterhin auf dem fachlichen Niveau, das man von uns erwartet.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Fabio Mario Conti
Präsident



Verein für Cognitive Rehabilitation

VFCR-Sekretariat:

D. Endres-Schmitt, Huttenstr. 16, D-97072 Würzburg
Fax: +49 931 /45 234 88, e-mail: DEndresSchmitt@aol.com

Impressum:

Herausgeber: VFCR Verein für cognitive Rehabilitation

Präsident: Dr.med.Fabio M. Conti
Clinica Hildebrand
CH-6614 Brissago

Vereinssekretärin: Doris Endres-Schmitt
Huttenstraße 16
D-97072 Würzburg

V.i.S.d.P.: Matthias Volquartz
Reiherstieg 48-50
D-23564 Lübeck

Redaktionsanschrift: Matthias Volquartz
Reiherstieg 48-50
D-23564 Lübeck
e-mail. volquartz@yahoo.de

Druck: Baginski & Krahn
Posenerstr.17 D-23554 Lübeck

Liebe Vereinsmitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

Dieses Jahr wird für unseren Verein ein besonderes. Der Lotse geht von Bord - Dr. Conti wird sich vom Präsidentenamt verabschieden. Wir sind sehr froh, dass er uns trotz seiner vielen Arbeit seine weitere Unterstützung zugesagt hat!

Nun heißt es nach vorn schauen. Wir bitten alle Vereinsmitglieder uns Vorschläge für eine Kandidatur zum Amt des/der Präsidenten/tin zuzusenden. Die Adresse des Sekretariats findet sich im Impressum auf Seite 2. Nur Mut!

Unser inzwischen schon traditionelles Symposium wird auch in diesem Jahr wieder in Würzburg stattfinden, bei Interesse bitte das beiliegende Anmeldeformular ausfüllen und an das Sekretariat schicken. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt - früzeitiges Anmelden sichert die Teilnahme.

herzlichst

Matthias Volquartz

Inhalt:

⇒	Einladung und Programm zu Mitgliederversammlung und Symposium	ab S 5
	Mitteilung an die Mitglieder aus der Schweiz	S 9
⇒	Zahlungserinnerung	S 10
⇒	Bericht von der Vorstandssitzung Feb. 2005	S 12
⇒	Dr. med. Fabio.M. Conti: L'esercizio Terapeutico Conoscitivo - ETC Die cognitiv-therapeutische Übung -CTÜ	S 12
⇒	Matthias Volquartz: Basiskurs 2004. Wo sind die Blesshühner?	S 15
⇒	Birgit Rauchfuß: Anwendertreffen 26. Februar 2005	S 18



**Verein für Cognitive
Rehabilitation**

Liebe Mitglieder des VFCR,

wir möchten Sie zur diesjährigen Mitgliederversammlung mit
anschließendem bunten Abend und dem Symposium,

am 24. und 25. Juni

wieder mal nach **Würzburg** einladen.

Bitte melden Sie sich mit dem beiliegenden Anmeldeformular an.

Wir hoffen in diesem Jahr viele Mitglieder begrüßen zu können. Wie Sie
wissen, müssen wir einen neuen Präsidenten wählen.

Rundbrief 7
Programm für Vereinsmitglieder

Freitag 24. Juni 2005
im **Hotel Haus Franken VDR**

16.30 – 17.30 Uhr
Verschiedene Plastizitätseigenschaften bei verschiedenartigen zentralen Läsionen
Dr. med. F. M. Conti (1)

17.30 – 18.30 Uhr
Jahresversammlung des VFGR

Ab 20.00 Uhr
Gesellschaftsabend

Symposium

Samstag 26. Juni 2004
im **Hotel Haus Franken VDR**
Ab 08.30 Uhr
Einschreibung im Tagungsbüro

09.00 – 10.45 Uhr
Aktuelle Aspekte der cognitiv-therapeutischen Übung
S. Wopfner-Oberleit (2)

10.45 – 11.00 Uhr Pause

11.00 – 11.30 Uhr
Übungsbeispiele für die Wiederherstellung der dynamischen Greiffunktion
R. Bodynek (3)

11.30 – 12.00 Uhr
CTÜ am Beispiel eines Patienten mit einem kompletten Plexus brachialis Ausriss
B. Herbst (4)

12.00 – 13.00 Uhr Pause

13.00 – 13.30 Uhr
Welche Schwierigkeiten zeigen Neglect-Patienten beim Organisieren der kognitiven Strategien des Raumes.
Jung (5)

13.30 – 14.00 Uhr
Versuch eines kognitiven Zugangs zu einem rechtshirnig schwer geschädigten Patienten über die Sprache
S. Keller (6)

Rundbrief 7

14.00 – 14.30 Uhr

**Der Einsatz von selbstentwickelten Medien für die cognitiv-therapeutischen
Übungen bei einer tauben Patientin**

B. Rauchfuss (7)

14.30 – 14.45 Uhr Pause

14.45 – 15.15 Uhr

**Einsatz der cognitiv-therapeutischen Übung in der Akutphase nach dem
Schlaganfall**

. Wolf (8)

15.15 – 15.45 Uhr

**Zentralnervöse Läsionen: kann man die notwendigen Charakteristika
der therapeutischen Übung identifizieren?**

Dr. med. F. M. Conti (1)

15.45 – 16.15 Uhr

Abschließende Diskussion

VFCR-Sekretariat:

D. Endres-Schmitt, Mittl. Katzenbergweg 32, D-97084 Würzburg
Fax: +49 931 – 6 60 85 91, e-mail: DEndresSchmitt@aol.com

Rundbrief 7

Beatrix Wulf, Kranichweg 14, 48167 Münster
e-mail: beawulf61@aol.com



Liebes schweizer Mitglied!

Endlich ist es soweit, es gibt eine Schweizer Bankverbindung.
Dr. Conti hat ein Gelbes Konto in Euro für den VFCR eröffnet. Es sind Bareinzahlungen am Postschalter und Überweisungen aus der Schweiz möglich.
Hier die wesentlichen Daten:

EuroSIC Clearing-Nr. Finanzinstitut: 9000 (Clearing-Nr. von PostFinance)
Name Finanzinstitut: Swiss Post, Post Finance
CH-3030 Bern
Konto - Nr : 91 - 242859 - 5
Name Begünstigter: Verein für cognitive Rehabilitation VFCR e.V.
DE - Singen

Wir bitten Sie die Mitgliedsbeiträge für 2004 und 2005 in Höhe von
35 € für Therapeuten / **70 €** für Ärzte
ab sofort über dieses Konto zu überweisen.

Diejenigen, die uns eine Ermächtigung zum Lastschrifteneinzug erteilt haben, werden bemerkt haben, dass für 2004 kein Lastschrifteneinzug stattgefunden hat. Wir bitten Sie daher den Mitgliedsbeitrag für 2004 ebenfalls über dieses Konto zu überweisen.

Bei Fragen wenden Sie sich an die oben genannte Adresse oder an unser Sekretariat:
Frau Doris Endres - Schmitt, Mittlerer Katzenbergweg 32, D - 97084 Würzburg
e-mail: DEndresSchmitt@aol.com

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Wulf,
Kassenvorstand des VFCR

12. Vorstandssitzung München 25.02.2005

Der Vereinsvorstand zeigt sich sehr erfreut, dass der erste deutschsprachige Basiskurs erfolgreich zu Ende gegangen ist. Leider haben nicht alle TeilnehmerInnen bestanden, es gibt jedoch die Möglichkeit, den nicht bestanden Prüfungssteil nachzuholen.

Die Entscheidung unseres Präsidenten Dr. med. Fabio Mario Conti sein Amt ab der nächsten Mitgliederversammlung zur Verfügung zu stellen ist definitiv. Dr. Conti schlägt Frau Doris Endres-Schmitt für das Amt der neuen Präsidentin vor und sagt dem Vorstand auch für die Zukunft sein Engagement und seine Hilfe zu. Frau Endres-Schmitt erklärt sich bereit zu kandidieren.

Der Vorstand wünscht sich jedoch noch weitere Vorschläge und bittet alle Mitglieder Wahlvorschläge zu unterbreiten, die beim Sekretariat eingereicht werden müssen.

Es wäre wünschenswert, wenn sich noch weitere Vereinsmitglieder für kleinere oder größere Aufgaben zur Verfügung stellen könnten (z.B. eine Web-Seite erstellen).

Die Überlegungen zum alljährlichen Symposium finden ihren Niederschlag in diesem Heft (siehe Einladung und Programm).

Der Vorstand begrüßt die Idee, einen weiteren Basiskurs -möglicherweise in Deutschland - zu organisieren und wird alle Mitglieder gegebenenfalls rechtzeitig informieren. Zur Qualitätssicherung wird eine Erklärung verabschiedet (siehe S.11).

Der Vorstand begrüßt die Tatsache, dass Frau Kira Tschirner als Mitglied im Fachkreis Neurologie des DVE (deutscher Verband der Ergotherapeuten) gern im Sinne einer „Schnittstelle“ zu unserem Verein tätig sein wird.

Schlusswort des Präsidenten: „Wir befinden uns in einer schwierigen Periode. Wir gehen seit 10 Jahren in eine Richtung. Der Verein braucht einige moderne Impulse“.

Dr. med. Fabio. M. Conti

L'esercizio Terapeutico Conoscitivo - ETC Die cognitiv-therapeutische Übung - CTÜ

Die cognitiv-therapeutische Übung - CTÜ ist ein therapeutischer Ansatz, der sich in den 30 Jahren der Dominanz der Konzepte, die nunmehr als traditionell bezeichnet werden, entwickelt hat. Diese Konzepte werden heute was ihre Resultate betrifft, von der

„Evidence-Based Medicine“ (1) mit einem sehr kritischem Auge bewertet. Ein Artikel der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation, erschienen 2003, der die Qualitätskriterien und die Richtlinien für die „motorische Rehabilitation der Patienten mit Hemiparese“ (2) vorstellt und seine Beurteilung der Effizienz der Therapien auf die Kriterien der „Evidence-Based Medicine“ gründet, kommt zu den folgenden Schlussfolgerungen: „Für traditionelle physiotherapeutische Schulen (u. a. propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Methoden nach *Bobath*, *Vojta* etc.) wurde bislang ein methodologisch überzeugender Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht“. Man muss aber sicher den historischen Wert dieser Therapien, die in den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts entstanden sind, würdigen und sich daran erinnern, dass die Wissenschaft der Neurorehabilitation jung ist. Die Kenntnisse über die Wiedererlangungsprozesse erlauben erst in den letzten Jahren solidere Hypothesen zu formulieren. Die Arbeiten über die Effizienz der zur Verfügung stehenden Therapien, die den Kriterien der „Evidence-Based Medicine“ genügen, sind spärlich. In einem aktuellen Kompendium der „Evidence-Based Medicine“ wird die Physiotherapie des Hemisyndroms nicht behandelt und der Ictus cerebri wird nur in seiner akuten Phase erwähnt, dies im Kapitel über die kardiovaskulären Krankheiten (3).

Das Bedürfnis nach neuen therapeutischen Ansätzen und einem vertieften Studium ist somit reell. Seit den 70-er Jahren des letzten Jahrhunderts hat Perfetti eine Therapie erarbeitet, die ihren Ursprung im Studium der Rehabilitation der Hand als kognitives Instrument hat: Die Hand soll deswegen auch als solches in den Phasen der Wiedererlangung nach Läsionen des Zentralnervensystems betrachtet werden. Die Hand wird durch ihre bewusste Interaktion mit der Welt charakterisiert. Der Autor fasste seine initiale Idee folgendermassen zusammen: „Der Hemiplegiker lernt sich zu bewegen, nicht einfach während des Versuchs sich zu bewegen, sondern vor allem beim Denken“ (4, 5). „Die CTÜ greift auf die Erkennungsprozesse zurück. Diese werden sowohl als Elemente, die man wiedererlangen muss, da sie von grundsätzlicher Bedeutung für den Wiederaufbau einer korrekten motorischen Organisation sind, als auch als Elemente dessen Aktivierung wesentlich für die Wiedererlangungsprozesse sind“ betrachtet (6). Die CTÜ muss also noch heute als außerhalb der großen dominierenden Tendenzen stehend betrachtet werden, aber, angesichts der wissenschaftlichen Bestätigung ihrer Prinzipien (7), als eine Idee die pionierhaft wirkte und wirkt, und nun langsam akzeptiert worden ist.

Bei der Vorstellung der CTÜ in diesem Rahmen bin ich gezwungen gewisse Einschränkungen und Vereinfachungen vorzunehmen, die hoffentlich, nicht zu reduktiv erscheinen werden. Für ein eingehendes Studium verweise ich auf die Literatur (5).

Die Prinzipien der cognitiv-therapeutischen Übung können durch die nachfolgenden Postulaten zusammengefasst werden:

Rundbrief 7

1. Die Rehabilitation ist ein Lernprozess unter pathologischen Bedingungen.

Die Wiedererlangung ist ein Lernprozess unter pathologischen Bedingungen, die von der Läsion verursacht worden ist. Die Übung steht dem Rehabilitator zur Verfügung, um sein Ziel zu erreichen. Das Wesentliche das den Lernprozesse zugrunde liegt, sind Anpassungsprozesse des Gehirnes (8). Tuffery schrieb schon im Jahre 1994: „Die Hypothesen von Perfetti über die Plastizität des Gehirnes wurden im Laufe des letzten Jahrzehnten vollumfänglich bestätigt“ (9).

2. Die Bewegung als Mittel zum Erkennen

Welche sind die *plastischen Eigenschaften des Zentralnervensystems*, die für uns in diesem Zusammenhang am interessantesten sind? Ich erinnere an *einen ersten grundsätzlichen Aspekt* der plastischen Eigenschaften des Zentralnervensystems. Dabei profitiere ich vom Inhalt des Vortrages eines der weltweit größten Spezialisten in diesem Bereich (7). Die postläsionelle Anpassung des Nervensystems in seinem Versuch mit der externen Welt zu interagieren setzt einen Kompletionsprozess unter den neuronalen Organisationen, die den involvierten Bewegungen zugrunde liegen, in Gange. Das bedeutet, dass bestimmte Bewegungen zu stimulieren oder involvieren, zum Beispiel der Hand, ein Weg ist, um ihre kortikale Repräsentation zu involvieren und somit die Basis für die neuronale Reorganisation, die für die Bewegungskontrolle notwendig ist, zu setzen. Daraus folgt, dass die Wahl der Bewegungen, die geübt werden sollten, programmiert werden muss. Diese plastischen Prozesse werden von der Aufmerksamkeit auf die durchgeführte Bewegung und von den genauen Kenntnissen der erreichten Resultate im Vergleich zu den vom Subjekt erwarteten, verstärkt. Die bewusste Interaktion des Körpers mit der Welt ist daher in der Übung wichtig und es soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, zu verifizieren, ob die Bewegung zum erwünschten Ziel geführt hat oder nicht.

3. Der Körper als rezeptorielle Oberfläche

Ein zweiter Aspekt der plastischen Eigenschaften des Zentralnervensystems an welche Mark Hallett erinnert hat, betrifft die Rolle der sensiblen Wege als potente Informationsquelle für die neuronale Reorganisation. Ihr Beitrag ist besonders effizient, wenn die Informationen das Bewusstsein erreichen. Die sensible „Stimulation“ führt auch zu Anpassungen der entsprechenden motorischen Repräsentationen. Dies, weil die Anpassungen auf der Ebene des primären sensiblen Kortex mit den Bewegungen in Verbindung stehen, die zur Aufnahme dieser Informationen führen.

Der Prozess der Verarbeitung senso-motorischer Informationen ist einer der wichtigster Aspekte bei der CTÜ. Der Patient nützt die Perzeption von Oberflächen, Distanzen, Richtungen, usw., die er mit der Fragmentierung seines Körpers (d.h. die relative Bewegungen der Gelenke) und mit seinen rezeptoriellen Oberflächen erreicht, um das senso-motorischen Problem, vor welchem er steht, zu lösen.

Mit diesen Informationen, die vom Körper respektiv von der Umwelt (von den involvierten Objekten) kommen, erhält das Gehirn die Informationen, die es braucht, um die Bewegungen zu programmieren und auszuführen (Figur 1).

Operative Instrumente der *cognitiv-therapeutischen Übung*:

Das kognitive Problem ist das erste operative Instrument der CTÜ. Die Aufmerksamkeit des Patienten muss sich der Aufgabe widmen, die mit dem Einsatz der Bewegung zu lösen ist (durch die Fragmentierung des Körpers und durch die Interaktion der rezeptoriellen Oberflächen mit Objekten) (Figur 1). Die Wahl der Aufgabe hängt nicht nur von den motorischen Defiziten ab, sondern auch von der kognitiven Situation (von den neuropsychologischen Defiziten). Ein kognitives Problem mit dem Körper lösen zu müssen, ist für die CTÜ charakteristisch.

Die perzeptive Hypothese ist das zweite operative Instrument der CTÜ. Zum Beispiel, um ein Objekt unter verschiedenen wiederzuerkennen ist es notwendig, dass der Patient verifiziert, ob das was er zu spüren erwartet (perzeptive Hypothese), verglichen mit dem was er in Realität gespürt hat, zur Lösung des Problems geführt hat. Der Patient muss über die Richtigkeit seiner Handlung oder Voraussage informiert sein, so dass in der Wiederholung der Bewegung diejenigen Prozesse initiiert werden können, die ihm erlauben, die für die Lösung des Problems nützlichen Informationen, einzusetzen. Diese Vorgehensweise ist für die CTÜ charakteristisch.

Ich möchte an weitere Charakteristika der CTÜ erinnern, die besonders häufig von den Spezialisten diskutiert werden.

Ich wähle die Charakteristika der Übungen der verschiedenen Autoren (10) aus ihren Vorträgen, gehalten am schon erwähnten Kongress (7), basierend auf der „Evidence-Based Medicine“ und auf der besten klinischen Erfahrung, die sie in der Rehabilitation der Patienten mit Ictus cerebri zu privilegieren anraten (ich führe kursiv diese Meinungen am Anfang der Abschnitte auf):

Die Bewegungen und die Interaktionen mit den Objekte sollen repetitiver Art sein. Das repetitive Element ist bei der CTÜ vorhanden und wird durch Diversifikationen der Bewegungen akzentuiert; diese halten die Aufmerksamkeit des Patienten hoch und sehr wahrscheinlich sind sie für die plastischen Vorgänge sehr wichtig. Die perfekte Repetition, ohne die Aufmerksamkeit einzubeziehen, die von einer Maschine in Substitution des Therapeuten geboten wird, würde eine korrekte (wahre) Interaktion mit der Welt nicht erlauben, die definitionsgemäß nie mit sich selbst gleich ist.

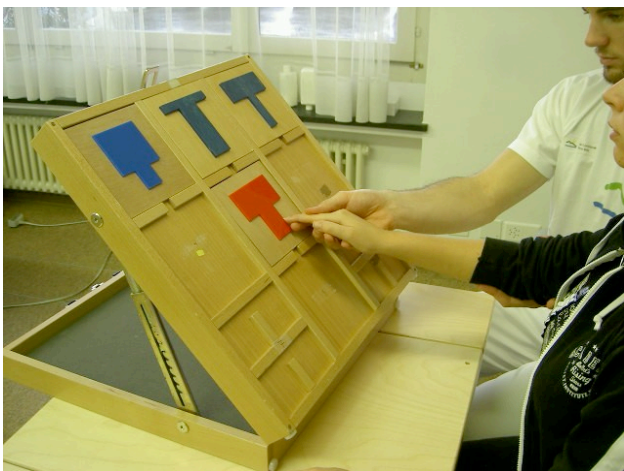
Der Patient soll die vorhanden motorischen Einheiten maximal einsetzen. Bezüglich dieses Punktes gibt es keinen Konsens. Es gibt Phänomene auf neuronaler Ebene, die noch wenig bekannt sind, die die postläsionelle Anpassung bremsen, wenn man die dominierenden spontanen Antworten des Nervensystems privilegiert. Mit anderen Worten, die spontanen Bewegungen des

Rundbrief 7

Patienten inhibieren die Phänomene, die dem Entstehen von neuen Bewegungen zugrunde liegen. Die Reduktion dieser Inhibition durch Vermeidung der Beförderung von leicht evozierbaren Bewegungen, unterstützt die Verwirklichung plastischer Eigenschaften des Zentralnervensystems (7). Bei der CTÜ variiert der Grad des Einsatzes der motorischen Einheiten, die zur Verfügung stehen in Funktion der Pathologie. Es wird nicht sofort die maximale Leistung vom Patienten verlangt. Deswegen geht man von der Übung ersten Grades in die Übung zweiten und dritten Grades über, dabei wird ein zunehmender Muskeinsatz verlangt. Man möchte dadurch die einfachen globalen Antworten vermeiden, die das Entstehen und die Verstärkung der pathologischen Komponenten der Bewegung, die man gerade vermeiden möchte, fördern würden. Der Therapeut greift nicht durch Fazilitation oder Inhibition ein, sondern es ist der Patient, der die pathologischen Elemente der Bewegung (abnorme Reaktion auf Dehnung, abnorme Irradiation, elementare Schemata) zu beherrschen lernt (Figur 1 und 2).

In einer ersten Phase (von einigen Tagen Dauer) soll man den Patienten nicht zu Bewegungen forcieren, um zu vermeiden, dass Phänomene die mit der Diaschisis in Zusammenhang stehen, verstärkt werden. Dieser Aspekt wurde immer von Perfetti betont. Aus der Sicht der CTÜ soll diese Einschränkung nicht auf eine so kurze Zeitspanne beschränkt werden, die auch, was die Länge der Zeitspanne betrifft, relativ arbiträr gewählt ist. Die Idee der Übung ersten Grades, die von der Therapeutin geführt wird und bei welcher dem Patienten kein motorischer Beitrag abverlangt wird, ist unter diesem Gesichtspunkt zu verstehen.

Es ist besser von einfachen zu größeren Bewegungen überzugehen. Bei der CTÜ ist dies die Regel, mit oder ohne Gebrauch von Objekten, wie auch von diesen Autoren verlangt wird.



Figur 1

Die Bewegungen sollten funktionelle Charakteristika haben. Die Übungen der CTÜ betrachten nur solche Bewegungen und zudem wird immer die aktive Verarbeitung von taktil-kinästetischen oder visuellen Informationen verlangt. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist bei der CTÜ von grundsätzlicher Bedeutung; eine

Handlung fängt mit einer Phase der Vorbereitung zur Bewegung (die mentale Phase inbegriffen) an, die auch mit der Unterstützung seitens der Therapeutin geschehen kann, die einen Beitrag bei der Durchführung der Bewegung leistet.

Um die wesentlichen Aspekte der CTÜ zu verstehen, habe ich das Beispiel der zentralnervösen Läsionen, die zu einem Hemisyndrom führen (Ictus cerebri) gewählt. Ich möchte daran erinnern, dass die Therapie, nach Berücksichtigung der notwendigen Anpassungen, auch bei anderen neurologischen und orthopädischen Pathologien anwendbar ist.

Jede Übung enthält die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen. Der Arm des Patienten wird hier entlang eines Objekts bewegt, mit dem Ziel ihn mit geschlossenen Augen zu erkennen, nachdem zuvor vom Patienten gespürt worden ist. Andere Aufgaben wären die folgenden: verschiedene Positionen der Hand oder des Armes resp. des Beines erkennen, dies in liegender, sitzender oder stehender Position. Während des Lösungsprozesses des Problems nehmen die rezeptoriellen Oberflächen des Körpers (zum Beispiel der Fuß, die Hand, die einzelnen Finger) Informationen auf (Formen, Positionen, verschiedene Widerstände, Oberflächenstrukturen, Gewichte, ...), um zum Vergleich mit schon bekannten oder neuen Informationen zu führen.



Figur 2

Mit der Übung 1. Grades (Figur 2) soll der Patient die abnorme Reaktion auf Dehnung im Körpersegment, das in der Übung involviert ist, beherrschen lernen. In der Regel wird vom Patienten verlangt, dass er mit geschlossenen Augen die Charakteristika einiger Objekte oder Verlagerungen von Körperteilen erkennen soll. Vom Patienten wird verlangt, dass er keine Bewegung während des Perzeptionsprozesses selbst durchführt, sondern nur die maximale Aufmerksamkeit einsetzt, um das Erkennungsproblem zu lösen.

Übung 2. Grades Nachdem der Patient imstande ist, die abnorme Reaktion auf Dehnung im betrachteten Segment ausreichend und automatisch zu beherrschen, soll er die Folgen der Irradiationen in den aktivierten Muskelgruppen beherrschen lernen. Es ist der Moment in welchem der Patient die Kontrolle über seine Bewegungen lernt: Um das zu erreichen ist eine präzise Dosierung der

Rundbrief 7

unterstützenden Kraft seitens der Therapeutin notwendig.

Übung 3. Grades Der Patient führt komplexere Bewegungen immer selbstständiger aus. Er muss lernen die elementaren Schemata, die dabei auftreten könnten, zu dominieren.

Die Wahl der Körpersegmente, die involviert werden sollten und ihre Kombination hängt von der klinischen Situation des Patienten ab. Die Wahl des Übungsgrades kann in den verschiedenen Körpersegmente unterschiedlich sein.

15

Literatur:

1. Der Artikel von Sackett erklärt was man unter Medizin basiert auf die klinische Evidenz zu verstehen ist: mit dieser Art systematischer Analyse der zur Verfügung stehender Informationen geht es um die Integration der persönlichen klinischen Erfahrung mit den besten Informationen aus der klinischen Forschung. Es werden in der Regel nur randomisierten Trials betrachtet. In den Fällen in welchen es nicht möglich ist, wird die Evidenz aus den Studien bester Qualität berücksichtigt. (David L Sackett, William MC Rosenberg, JA Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson: "Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't"; Editorial from the British Medical Journal on 13th January 1996. BMJ 1996; 312: 71-2).

2. „Qualitätskriterien und Leitlinien für die motorische Rehabilitation von Patienten mit Hemiparesen“; Leitlinien 2003 der DGNKN - Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation -, Neurol Rehabil 2003; 9(5): 237-241.

3. «Kompendium evidenzbasierte Medizin». Verlag Hans Huber, Bern, 2004

Siehe auch für eine Vertiefung: <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/> (Oxford EBM-Zentrum, wichtigste Referenz für die evidenzbasierte Medizin).

4. Perfetti Carlo: "La rieducazione motoria dell'emiplegico". 1979. Ghedini Editore Milano.

5. Weitere Literatur: auf Wunsch wird vom Autor eine Literaturliste zur Verfügung gestellt.

6. C. Perfetti, F. Rossetto: "Per una teoria cognitiva della riabilitazione: l'analisi dell'esercizio terapeutico"; Riabilitazione e apprendimento 1997, 3:199-208.

7. Mark Hallett (Bethesda USA): "Human brain plasticity and implications for stroke therapy"; Congresso di Riabilitazione: "Evidence-Based Medicine in Neurorehabilitation" delle Società svizzera, austriaca e tedesca di neuroriabilitazione: Zurigo 30 settembre - 2 ottobre 2004.

8. Mark Hallett: "The plastic brain"; Annals of Neurology, Vol 38, No 1, July 1995, 4-5.

9. R. Tuffery, M. Chatain, C.F. Roques: "Du concept à la pratique de la méthode de Perfetti". In: La reprogrammation neuro-motrice, Masson, Paris, 172-178.

10. Karl-Heinz Mauritz (Berlino) e Horst Hummelsheim (Leipzig), Gert Kwakkel (Amsterdam).

Matthias Volquartz

Basiskurs 2004

Wo sind die Blesshühner?

Es ist Mitte Mai, wir schreiben das Jahr 2004. Beatrix W. sitzt mit einer Kollegin und einem Kollegen in ihrem Hotel am Lago Maggiore. Der Ort heißt Cannobio, liegt in Italien und ist malerisch wie viele Orte um den See. Es ist etwa 18:30 Uhr und die drei Personen könnten auf dem großen Balkon mit Seeblick sehr zufrieden sein. Die Schatten der höchsten Berggipfel berühren gerade das gegenüber liegende Seeufer, es ist lauwarm und es riecht nach Frühling. Die Menschen, von denen hier die Rede ist sind hingegen erschöpft und mürrisch und stellen sich allerlei unverständliche Fragen: „Was war nochmal »Funktion«? Wieso soll der Therapeut denn das fragen? Ist das ein überprüfbares Ziel?“

Die drei sind Ergotherapeuten und kommen aus dem fernen Deutschland, aus dem Münsterland, aus Franken und von der Ostseeküste. Kein touristisches Pauschalprogramm vereint sie hier südlich des Gotthard, es ist vielmehr der Wunsch nach Weiterbildung, der sich in diesem Augenblick allerdings nicht so recht Bahn brechen will, die drei müssen noch ihre Hausaufgaben erledigen. Morgen werden sie wieder um 8:15 Uhr aufbrechen um ins wenige Kilometer entfernte schweizerische Brissago, genauer in die Clinica Hildebrand zu fahren. Dort wird die kleine Gruppe den Tag bis ca. 17:00 verbringen. Immerhin eine einstündige Pause und gutes eidgenössisches Mittagessen gibt es auch. Wir befinden uns in der praktischen Woche des ersten deutschsprachigen Basiskurses „Kognitiv-Therapeutische-Übungen“, der von der Accademia Riabilitativa Sclodense (Italien) und der Clinica Hildebrand (Schweiz) durchgeführt wird.

Angefangen hatte alles schon sehr viel früher. Die Pläne einen ersten deutschsprachigen Basiskurs durchzuführen stammten noch aus dem Jahr 2002. Bis es dann soweit war, sollten noch viele Probleme aus dem Weg geräumt werden und so manche Nerven blank liegen.



Blick aus der Clinica Hildebrand auf den Lago Maggiore

Am 12 Januar war es dann soweit, 30 TeilnehmerInnen, 29

Rundbrief 7

ErgotherapeutInnen und ein Physiotherapeut, alle mit Vorerfahrungen in den KTÜ., fanden sich im Seminarraum im obersten Stock der Clinica Hildebrand ein, genossen für wenige Minuten einen atemberaubenden Ausblick auf den See um endlich jenem Mann zu begegnen, der ein bemerkenswertes Konzept zur Rehabilitation von hemiplegischen Patienten entwickelt hat. Professor Carlo Perfetti persönlich nahm sich die Zeit eine Einführung in die Problematik zu geben, unterstützt wurde er dabei von Dr. Fabio Conti, der die Ausführungen übersetzte.



Dr. Conti (li.) und Prof. Perfetti (re.)

Zunächst bot Prof. Carlo Perfetti einen kurzen historischen Überblick über verschiedene Theorien. „Theorie ist eine Anzahl von Hypothesen zu einem Problem“ erfuhren die Zuhörer. Zur Sprache kamen dann vier unterschiedliche Rehabilitationstheorien:

- Die Motivationstheorie
- die muskuläre Theorie
- die neuromotorische Theorie und
- die kognitive Theorie.

Es wurde bald deutlich, dass die verschiedenen Theorien und Auffassungen zum Nervensystem die Entwicklung der Rehabilitation sehr wesentlich geprägt haben. Die Beantwortung der Fragen: „Wie braucht der Mensch sein Gehirn?“ oder: „Welche Elemente des Nervensystems sind bei Bewegung involviert?“ (sowie zahlreicher weiterer) ermöglichen einen neuen integrativen Ansatz in der Rehabilitationsmedizin.

„Bewegung um der Welt einen Sinn zu geben“ könnte als Überschrift über dem Vortrag Perfettis stehen. Es geht um eine moderne Vision zum Nervensystem des Menschen und eine Transformation dieser Erkenntnisse in konkretes therapeutisches Handeln.

Dass Übungen bestimmte Strukturen beinhalten sollten - also

- epistemologisch (Philosophische Disziplin, die die Wissenschaft *an sich* studiert)
- pädagogisch (Gesichtspunkte des Lehrens und des Lernens)
- operativ (welcher Teil des Körpers soll angesprochen werden?)
- neurophysiologisch (welche Elemente d. Nervensystems sind involviert)

• kognitiv (ein zu lösendes Problem, das nur durch Einsatz d. Körpers erkannt werden kann) sein sollten, war eine der elementaren und für viele Zuhörer trotzdem neuen Forderungen an die Rehabilitation. Es folgten aktuelle Auffassungen zur motorischen Organisation ausgehend von Anochins „Konzept der Funktion“ und gründliche Interpretationen der Pathologien und deren Beobachtung, alles in einer ruhigen und klaren Sprache vorgetragen.

Die nächsten Tage sollten wie im Fluge vergehen, Franca Panthé referierte über die Bedeutung der oberen Extremität als einem „funktionellen System der Manipulation des Greifens“: Von motorischen Sequenzen, der visuellen Perzeption, den kinästhetischen Afferenzen und der taktilen Perzeption war da die Rede. Die Kursteilnehmer erfuhren, welche Störungen dieses System nach einer Hirnläsion beeinträchtigen, wie wir solche Pathologien befunden und in ein Profil des Patienten integrieren, dass die Bereiche :

- Wahrnehmung
- Aufmerksamkeit
- Sprache
- Lernprozess und
- Imagination

als Determinanten für das neue Erlernen von Bewegungen beinhaltet. Zur Sprache kam anschließend, welche Gruppen von Übungen zur Wiederherstellung der Funktion der oberen Extremität geeignet sind.

Dr. Conti hielt Vorlesungen zu den Themen: „Die Plastizität des ZNS und die Wiederherstellung“, „neurologische Defizite und die therapeutische Übung“ sowie „Geschichte und Entwicklung des Diaschisis-Begriffs“.

Schließlich war es Carla Rizzello, die dem Auditorium die Bedeutung der unteren Extremität als

- Element für die Fortbewegung des Körpers im Raum
- Regulator der Schwerpunktverschiebung und
- Abdämpfer (Stoßdämpfer)

nahe brachte. Sie erläuterte (Übersetzt, wie schon bei F. Panthé von Susanne Wopfner-Oberleit) die Macrofunktionen des Ganges und trug damit zu der Erkenntnis bei, dass der Fuß eine Struktur ist, die dafür bestimmt ist, dem ZNS Informationen über die Eigenschaften der Bodenoberfläche und über die Interaktion Körper-Boden zu liefern. Auch hier rundeten eine allgemeine Betrachtung der Probleme von Hemiplegiepatienten und Vorschläge für Übungen zur Wiederherstellung der Gangfunktion die Ausführungen ab.

Fürwahr eine Woche voller Eindrücke, gespickt mit Informationen aus der aktuellen Hirn- und Rehabilitationsforschung. Erstaunlicherweise blieb dem Autoren und einem Kollegen noch ein wenig Zeit zur Muße, die bei milden 12° C. und Sonnenschein zur Beobachtung einer Kolonie Blesshühner genutzt wurde, die sich in jenen Januartagen unterhalb der Klinik im Lago Maggiore die Zeit (und den Hunger) mit Tauchen vertrieben.

17. Mai: Kein Blesshuhn ist zu sehen, obwohl sie doch jetzt mit Nachwuchs hier herumschwimmen sollten. Keine

Rundbrief 7

Zeit dieses Thema erschöpfend zu erörtern. Es gilt, die Probleme zweier Hemiplegiepatienten und ihre spezifischen Pathologien genau zu analysieren und aus diesem Befund systematisch Übungen zu entwickeln, welche den Patienten zu einer möglichst variablen, fragmentierbaren und adaptionsfähigen Motorik zurückverhelfen sollen. Vor ebensolchen Aufgaben stehen fast zeitgleich auch die andere Kleingruppen des Kurses z.B. in Innsbruck im „Therapiezentrum West für Neurorehabilitation“ oder in der Villa Miari in Santorso (Italien).



Carla Rizzello

Konkretes Handeln - die Umsetzung der Theorie in die therapeutische Praxis also - ist jetzt gefragt:

Da ist zum Beispiel Emmi¹ (80): Gebürtig in Hannover lebt sie bereits seit 1967 im Tessin und ist seit über 20 Jahren verwitwet. Ein Schlaganfall in ihrer rechten Gehirnhälfte hat sie im März aus ihrem Alltag gerissen. Sie berichtet im Gespräch nach ihrem Apoplex links nichts gespürt zu haben. Links sei kein Teil von ihr gewesen. Es habe sich alles wie ein Sack - absolut taub - angefühlt. Inzwischen (seit April) habe sie wieder Gefühl in der Hand und könne dieselbe auch wieder etwas bewegen. Frau E. sitzt im Rollstuhl belastet dabei links, das linke Bein ist außenrotiert, in der Frontalebene sitzt die Patientin nach links verschoben und hat Probleme mit der Mittellinie. Ihre globale Aufmerksamkeit ist gut, sie exploriert und sucht von selbst Kontakt. Die selektive Aufmerksamkeit ist hingegen weniger gut. Eine Überprüfung der spezifischen Motorik der oberen Extremität ergibt:

- Abnorme Reaktion auf Dehnung (ARD) in Schulter, Ellenbogen und Handgelenk

¹ Name geändert

- geringe abnorme Irradiation in der Schulter
- Rekrutierungsdefizit im gesamten Arm
- Defizite hinsichtlich der taktilen und kinästhetischen Wahrnehmung

Im Wesentlichen sind die Aussagen der Patientin kohärent mit den Beobachtungen unserer drei KursteilnehmerInnen.

Den Basiskursteilnehmern kommt nun die Aufgabe zu, Schritt für Schritt eine Behandlung zu entwickeln. Dabei werden zunächst voraussagende Elemente aus dem Befund gesammelt und gewichtet. Das ermöglicht eine Zielformulierung hinsichtlich eines zu erwartenden Endresultates. Diese Endziel wird nun in Zwischenziele untergliedert, die besondere Schwierigkeit liegt in der Formulierung. Ziele sollen grundsätzlich messbar, überprüfbar und wiederholbar sein und müssen daher präzise im Sinne einer Performance notiert werden.

In der praktischen Woche heißt es nun verschiedene Übungen nach den Parametern

- Arbeitseinheit (Körpersegment)
- Funktion
- Übung
- Inhalt (z. B.: ARD, Fragmentierung, Rekrutierung etc.)
- Modalität: Was macht der Patient? Welche Sussidi finden Anwendung? Was macht der Therapeut? Was fragt der Therapeut? Und, welche Hinweise gibt er? - und
- Ziel

zu kreieren. Dabei stellt sich heraus, dass die drei Lernenden die Zeitläufe in denen bestimmte Funktionen durch die Patientin wiedererlangt werden können (sollen) stets überschätzen. Frau E. kann beispielsweise bereits nach dem ersten Behandlungstag ihre Mittellinie besser wahrnehmen und damit ihre Sitzhaltung selbständig korrigieren. Die Rehabilitation schreitet deutlich schneller voran, als es ihren Erfahrungen aus Deutschland entspricht. Am Morgen des Folgetages werden dann die als „Hausaufgaben“ entwickelten Vorschläge diskutiert und, gegebenenfalls abgewandelt, mit der Patientin durchgeführt, um anschließend mit Carla Rizzello supervidiert zu werden.

Ein so systematischer und intensiver therapeutischer Prozess, der zudem eine ständige Auseinandersetzung mit der Theorie erfordert ist den Beteiligten neu und das fordert seinen Tribut. Abends kann die Schönheit der Umgebung, das gute Essen und das pittoreske Seestädtchen Cannobio nicht mehr wirklich goutiert werden. Aber die Blesshühner...?

Im Dezember dann - welch Freude - sind sie wieder da. Wer kann dieses Mysterium erklären, handelt es sich bei *Fulica atra maggiorensis* womöglich um einen Zugvogel, der den Sommer nördlich der Alpen (am Starnberger See?) verbringt und nur zum Winter an den Lago Maggiore kommt?

Nur noch 24 wackere Kandidaten trauen sich zu den Prüfungstagen vom 9. bis 11. Dezember. Diese beginnen mit zwei interessanten Vorlesungen: Dr. Conti repetitiert noch einmal zum Thema „von der Theorie zur Übung“ und Susanne Wopfner-Oberleit referiert zum Thema „Apraxie“,

Rundbrief 7

was dazu führt, dass der Autor dieses Artikels glaubt dieses schwierige Kapitel nun endlich einigermaßen verstanden zu haben.

Viel Schweiß und Lampenfieber kostet jeweils ein Referat, welches jede/r KursteilnehmerIn zu halten hat. Dabei zeigen sich mehrere beeindruckende Highlights: (Ende Juni auf dem Symposium in Würzburg zu hören), die auch die Dozenten zu würdigen wissen. Die eigentliche Prüfung, zu der noch 20 TeilnehmerInnen antreten, gliedert sich in zwei Teile - eine praktische Arbeit am Patienten, die von Susanne Wopfner-Oberleit und Carla Rizzello begleitet wird und eine Befragung über die Theorie, welche Franca Panté und Dr. Fabio Conti durchführen. Leichenblässe und gerötete Wangen, Schweißperlen und eiskalte Hände halten sich die Waage, die Stimmung ist nervös und wer hier gerade unter „pathologischen“ Bedingungen denkt und handelt ist nur allzu ersichtlich.

Das Ergebnis der Prüfung erfahren die gestressten BasiskursteilnehmerInnen allerdings erst am Montag der folgenden Woche - durch einen Anruf in der Clinica Hildebrand. Es sind zunächst nur 16 Ergotherapeuten, die die Prüfung bestanden haben, weitere fünf müssen allerdings nur die Theorieprüfung noch einmal wiederholen.

Es bleibt ein Basiskurs dessen Organisation, dessen Inhalte und dessen Durchführung seinesgleichen sucht. Der Autor nimmt die beklemmende Gewissheit mit, dass er vorher, trotz gegenteiliger Überzeugung, so gut wie nichts wirklich gewusst hat und dass es sich nicht nur lohnt einen Basiskurs zu absolvieren, sondern für eine qualitativ hochwertige therapeutische Arbeit sogar unerlässlich ist einen solchen zu besuchen und abzuschließen.

Nur den Blesshühnern scheint das alles ziemlich egal zu sein.

Anwendertreffen am 26. Februar 2005

Am 26. Februar fand ein Anwendertreffen mit 14 Teilnehmern in Marl statt. Das Treffen richtete sich an KollegInnen, die bereits Fortbildungen besucht haben und soll uns in der Arbeit mit unseren Patienten unterstützen. Es ersetzt keine Fortbildungen.

Nach einer kurzen Austauschrunde und Berichterstattung vom Basiskurs und der Prüfung (es waren 6 Leute vom Basiskurs da!!), wurden Themen wie Übungen für die untere Extremität, Selbsterfahrung, Behandlung bei Ataxie, Behandlung bei Apraxie diskutiert und erarbeitet.

Eine Kollegin hatte ein Video mit einer kurzen Befundung mitgebracht und so konnte jeder seine Ideen einbringen, Vorschläge machen und von Erfahrungen berichten. Wir lernten so manche selbstkreierte Übung kennen und haben auch vieles an uns selbst ausprobiert.

Das Anwendertreffen ist eine echte Bereicherung und eine gute Möglichkeit sich auszutauschen.

Mit einem überschaubaren Aufwand lässt sich ein Anwendertreffen gut organisieren. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung. Wer Interesse hat, zu einem der nächsten Anwendertreffen zu kommen, kann sich gern bei mir melden. Ich bitte auch um eine Rückmeldung und Informationen anderer Anwendertreffen, deren Termine ich an Interessierte weitergeben kann.

Birgit Rauchfuß
Praxis für Ergotherapie
Therapiezentrum Hof Feuler
Linder Weg 44
45770 Marl
02365/ 5729020

Achtung:

**Einführungskurs *Kognitiv-Therapeutische-Übungen* von
Susanne Wopfner-Oberleit
in der „Westerwaldklinik“**

**Teil 1: 11.11. bis 13.11. 2005
Teil 2: 09.12. bis 11.12. 2005**

**Nähere Informationen unter www.westerwaldklinik.de Link
INPUT**