

Rundbrief 13

www.vfcr.de



Fabio M. Conti:

Das „Selbst“:

Der Umgang mit seiner
Komplexität - Eine Chance
für die neurokognitive
Rehabilitation

R. Baron:

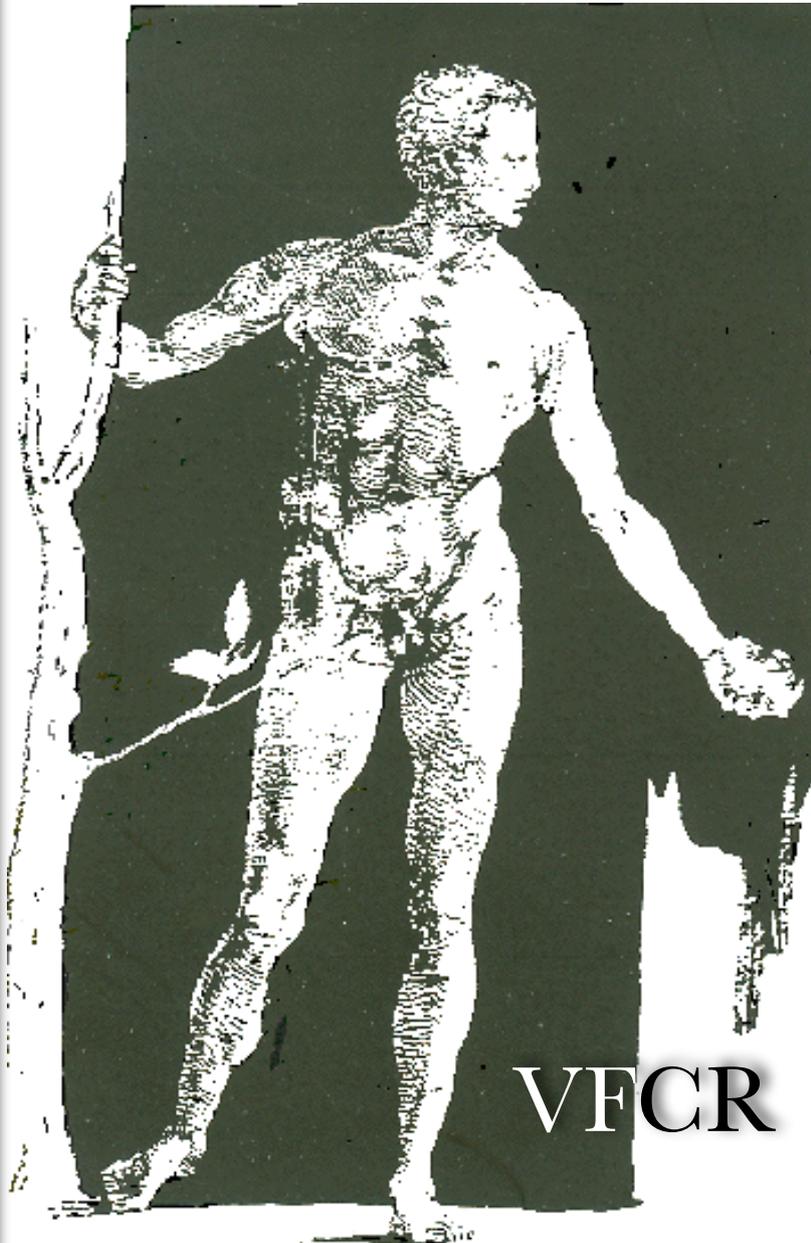
Der Einsatz der
Imagination bei
Läsionen des VII.
Hirnnervs

Teil 2

Susanne Wopfner-Oberleit:
11.Symposium
„Wissenschaft leben“
in Berlin

Buchbesprechung

Kurstermine 2009/10



VFCR

Verein für cognitive Rehabilitation

Der Vereinsvorstand



Susanne Wopfner

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



Uwe Steinkamp



Kira Tschirner

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

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



Dr. Anselm Reiners

Impressum:

Herausgeber: VFCR Verein für cognitive Rehabilitation

V.i.S.d.P.: Kira Tschirner
 Arenskule 1
 D-21339 Lüneburg

Redaktion: Susanne Wopfner-Oberleit
 Äueleweg 18 a
 A-6170 Zirl

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: M. Volquartz

www.vfcr.de

Editorial

**Liebe
Vereinsmit-
glieder,**

Wieder ist
ein - wie ich
meine - für
den Verein

sehr erfolgreiches Jahr vorüber. Allein durch unsere Homepage, die von unserer lieben Kira Tschirner perfekt betreut wird, erreichen wir einen immer größer werdenden Bekanntheitsgrad. Aber es gab auch zahlreiche Veranstaltungen wie den monografischen Kurs in Italien, das Symposium in Frankfurt oder die Teilnahme am CO-TEC-Kongress, auf die wir stolz sein können. Auch durch die zahlreichen Einführungskurse von Hanne Karow und Regina Klossek und durch meine Basiskurse wird es möglich, immer mehr TherapeutInnen für das Therapiekonzept nach Prof. Perfetti zu gewinnen. Wir können also schon zufrieden sein. Doch wie heißt es so schön: nach der Fortbildung ist vor der Fortbildung, d.h., die Planung und Organisation für die nächsten Veranstaltungen haben schon längst wieder begonnen.

Schon Anfang März gibt es einen sehr interessanten Kurs mit meiner italienischen Kollegin Marina Zernitz: „Kognitiv Therapeutische Übungen bei der Behandlung von Rückenschmerzpatienten“. Näheres darüber könnt Ihr im Innenteil lesen. Für jeden, der mit Schmerzpatienten arbeitet, ist dieser Kurs sehr empfehlenswert.

Das nächste Highlight unseres Vereins folgt schon kurz darauf, denn vom 2. - 4. April veranstaltet unser Verein in Zusammenarbeit mit der Sekretärin von Prof. Perfetti den jährlich stattfindenden monografischen Kurs in der Villa Miari in Italien. Prof. Perfetti, Franca Pantè, Carla Rizzello und Marina Zernitz halten wieder extra für unseren Verein einen Kurs. Es werden si-



cherlich - auf Grund der qualitativ hochwertigen und anspruchsvollen Vorträge und der spannenden Gruppenarbeiten - wieder unsere Köpfe rauchen, aber wir werden ganz sicher auch bei einem oder mehreren Glas Rotwein und schmackhaften Spaghetti unseren Spaß haben. Besonders lustig war voriges Jahr der Abend, an dem die Regel galt: keiner darf über die Arbeit oder über neurokognitive Rehabilitation sprechen ansonsten zahlt er eine Runde. Es war ein absolutes Vergnügen, wie fantasievoll die „Teilnehmer“ Wörter wie „denken“ „spüren“ und selbst „arbeiten“ umschiffen haben. Also gleich dazu anmelden, ist mein Rat für dieses Jahr. Alle weiteren Informationen dazu findet Ihr im beigelegten Flyer.

Das Highlight und sozusagen die Pflichtübung für jedes Vereinsmitglied ist unser Symposium, das diesmal vom 19. – 20. Juni im hohen Norden, nämlich in Berlin, stattfindet. Ich hoffe also sehr, dass die KollegInnen aus dem Norden möglichst vollständig zum Symposium kommen und bitte alle Vereinsmitglieder aus dem Süden doch den weiten Weg anzutreten. Nicht nur die schöne Stadt Berlin ist eine Reise wert – vielleicht wollt ihr ja den Sonntag für eine Stadtbesichtigung anhängen – sondern auch die Qualität der Vorträge wird diese Reise rechtfertigen. Außerdem finde ich es immer schön, wenn wir möglichst alle gemeinsam bei der Jahreshauptversammlung die Richtung unseres Vereins lenken. Ich freue mich daher sehr auf ein Wiedersehen mit vielen bzw. allen Vereinsmitgliedern beim Symposium in Berlin.

Abschließend wünsche ich allen Vereinsmitgliedern ein erfolgreiches und glückliches neues Jahr.

Susanne Wopfner

Inhalt:

Fabio M. Conti: Das „Selbst“: Der Umgang mit seiner Komplexität - Eine Chance für die neurokognitive Rehabilitation

Seite: 6

M. R. Baron: Der Einsatz der Imagination bei Läsionen des VII. Hirnnervs Teil 2

Seite: 10

Susanne Wopfner-Oberleit:
11. Symposium „Wissenschaft leben“

Seite: 15

Susanne Wopfner-Oberleit:
Monographischer Kurs München

Seite: 18

Buchbesprechung:
Butler - Moseley „Schmerzen verstehen“

Seite: 20

Kurstermine 2009/10

Seite: 21

Fabio M. Conti :

*Clinica Hildebrand, Centro di
riabilitazione Brissago (CH)*

Das „Selbst“:

Der Umgang mit seiner Komplexität - Eine Chance für die neurokognitive Rehabilitation

1. Einführung

Der Bezug auf sich selbst kann viele verschiedene Gesichtspunkte beinhalten. Strawson (Strawson G., 1999) erwähnt mindestens 20 Interpretationen des „Selbst“, bei welchen auch „the embodied self“ erwähnt wird. Es ist dieser Aspekt der uns interessiert, also die Beziehung des „Selbst“ mit der „Körperlichkeit“. Die Vorstellung des eigenen „Selbst“ hängt wesentlich von der „Körperlichkeit“ ab. Auf der einen Seite wird die Erfahrung des Sinnlichen des Körpers (wie Wärmegefühl oder Schmerz) zentral in Bezug auf die eigene Person gespürt (sie geht wortwörtlich „unter die Haut“). Der Körper bleibt der Bezugspunkt für das Gehirn: „Der Schmerz ist Folge von zerebralen Prozesse, welche das Ziel haben, dass man die Anwesenheit des Körpers realisiert; der Körper, nicht das Gefühl eines absoluten Raumes ist der wahre Bezugspunkt für das Gehirn“ (Rosenfield I., 1992). Auf der anderen Seite lernt man den Gebrauch des „Ich“ in Bezug auf den Ort wo unser Körper sich befindet (Ort der kör-

perhaften Sensationen – Empfindungen - in der Beziehung zur externen Welt). Aus einer Studie des Schweizer Psychologe Claparède vom Jahre 1924 erfährt man, dass die Erwachsenen ihr „Ich“ zwischen den beiden Augen. (Claparède E., 1924) lokalisieren. Nach William James (Gadenne V., 1996) wird die gleiche Sensation in den Augen oder im Gesicht („im Kopf“) lokalisiert. Diese Lokalisierungen hängen interessanterweise von der dominierenden Kultur ab; im Orient wird das „Ich“ nicht in einer Kopfregion lokalisiert, sondern im „Zentrum des Körpers“.

Wir empfinden unser „Ich“ wie



eine mentale, emotionale und physische Einheit. Seine Entwicklung in der Zeit, die abhängig von internen und externen Faktoren, macht unsere Geschichte aus. Diese Einheit ist kohärent, aber zerbrechlich. Dies verdeutlichen die Folgen neurologischer Läsionen des zentralen Nervensystems und psychiatrischer Erkrankungen im Hinblick auf die Psyche und auf das neuropsychologische Profil der Patienten.

Aus neurologischer Sicht nimmt man an, dass die Aktivität des assoziativen Cortex für die „Ich-Empfindung“ notwendig sei.

Dies aus folgenden Gründen (Roth G., 2001): die Prozesse die mit der Aktivität des assoziativen Cortex verbunden sind, haben die Charakteristik bewusst zu sein, ausserdem ist der assoziative Cortex der Ort der Konvergenz der unterschiedlichen sensorischen Informationen mit Ausnahme des Geruchsystems. Der assoziative Cortex ist charakterisiert „durch eine hohe synaptische Verknüpfungsdichte und Plastizität, die ihn zum idealen assoziativen Speicher und zum Sitz des deklarativen Gedächtnisses macht“ (Roth G., 2001). Er verfügt über „eine Rückkopplung mit subcorticalen motorischen Zentren im Rahmen der Planung und Steuerung von Willkürhandlungen“ und steht unter dem „massiven Einfluss des limbischen Systems und damit von Emotion, Motivation und Bewertung“.

2. Körperlichkeit: Sensibilität, Perzeption und Sensation (Gefühl)

Da in der Literatur keine diesbezügliche Einigkeit herrscht, ist es notwendig die Begriffe Sensibilität, Perzeption und Gefühl zu definieren, um ohne Missverständnisse mit ihnen umgehen zu können. Ereignisse wie die Interaktion einer Hand mit einem Objekt oder die Betrachtung einer blauen Oberfläche, werden durch die Körperlichkeit vermittelt. Um das zweite Beispiel zu erläutern könnte man die Physik mit der korpuskulären Theorie des Lichtes bemühen, wir wollen aber dazu nur erwähnen was Merleau-Ponty gesagt hat: „... Sehen ist mit Blicken tasten“ (Berthoz A., 1997). Er synthetisiert hervorragend die umfassende Bedeutung der Körperlichkeit. Der Körper ist die rezeptorielle Oberfläche die erlaubt mit der Welt zu interagieren und aus ihr die notwendigen Informationen zu extrahieren.

Die Sensibilität (aus dem spät-lateinischen *Sensibilitas* d.h. Empfindbarkeit) erlaubt uns dank zahlreichen Arten von Rezeptoren spezifische Informationen aufzunehmen (Multimodalität): z.B. Wärme, Licht, Druck, ... Die Sensibilität ist gemeint als Empfindbarkeit gegenüber etwas („Reizung der Sinne“). Sie führt zum perzeptiven Erkennen, das sich auf die Verarbeitung und Integration der Informationen bezieht. Beispiele dafür sind die Perzeption des eigenen Körpers, von externen Objekten, von spezifischen Interaktionen mit der Welt wie z.B. mit den Wärmerezeptoren, ... Das Gehirn filtert, selektiert und moduliert die zugeführten Informationen aus den Sinnen heraus.

Die Perzeption gründet auf parallele Verarbeitung verschiedener Informationen (Barnard P.J., 1991). Dabei sind verschiedene kognitive Subsysteme involviert. Ich erwähne als Beispiele die Verarbeitung von akustischen, von sprachlichen, von visuellen, von somatosensiblen und die Verarbeitung von vestibulären Informationen. Somit bezieht sich die Sensibilität auf die Stimulation, auf ihre Art und auf die Eingangspforte und die Perzeption als Integration der verschiedenen sensiblen/sensoriellen Informationen die nur zum Teil zum Bewusstsein gelangen. Der Begriff des Fühlens bezieht sich auf *mein* subjektives Gefühl des Erkennens. Das Gefühl bezieht sich somit auf das Empfinden des Subjektes, und stellt deshalb eine bewusste Erfahrung dar. Ein Beispiel aus dem hochinteressanten Buch von Humphrey (Humphrey N., 2007) soll das erläutern. „Der Vorlesungsraum wurde verdunkelt, und die Projektionsfläche wird jetzt von einem leuchtenden blauen Licht überflutet. Während wir schauen und das Licht betrachten, geschieht etwas Besonderes: die Erfahrung, das Blaue zu sehen“. *Meine* Erfah-

rung das Blaue zu sehen („*was empfinde ich wenn ich ...*“) hat emotionale, motivationale und interpretative Dimensionen (Berthoz, A. 1997). Die interpretative Dimension ist eine kognitive Dimension, also auch verbunden u. a. mit Gedächtnisleistungen. *Meine* Erfahrung das Blaue zu sehen hat aber auch eine somatische (körperliche) Dimension (F. Ansermet, P. Magistretti, 2004), im Sinne von was Antonio Damasio als „die somatischen Marker (Kennzeichen)“ bezeichnet (Damasio A.R., 1995). Es ist wesentlich, um diese Hypothese in ihrer tiefgreifenden Bedeutung zu verstehen, die Rolle vom limbischen und paralimbischen System zu berücksichtigen (Craig A.D., 2002). Insbesondere ist dabei die Rolle vom anterioren insulären Kortex (der nicht-dominanten Hemisphäre) für „das Gefühl“ des „körperlichen Selbst“ und die vom anterioren cingulären Kortex für die affektive, emotionale Komponente wichtig. In Synthese: jede (bewusste) Erfahrung entspricht einem „somatischen Status“ (F. Ansermet, P. Magistretti, 2004). Damit ist gemeint, dass die aktuelle Erfahrung mit den früheren Erlebnisse verbunden ist: Erfahrungen lassen Spuren im Gedächtnis die nur zum Teil zum Bewusstsein gelangen, die somatische (körperlichen) Komponenten haben; Paradebeispiele dafür sind die vegetativen Reaktionen des Stresssystems die mit dem limbischen, emotionalen, System tief verflochten sind.

Zusammenfassend: Die Interaktion des Körpers mit der Umwelt im Sinne des Körpers als rezeptorielle Oberfläche, geschieht dank der Sensibilität, wie wir sie dank dem Wissen aus der Physiologie kennen; als Verarbeitung der sensiblen Informationen bezeichnen wir die Perzeption im Sinne einer kognitiven Eigenschaft wie wir sie aus der Neuropsychologie kennen und

schliesslich ist die Sensation, das Gefühl, die umfassende persönliche Wahrnehmung der Realität, die sich in der beschreibenden phänomenologischen Sprache des Patienten widerspiegelt.

3. Die Erfahrung des körperlichen „Selbst“

Die Erfahrung des körperlichen „Selbst“ entspricht dem „Gefühl“ der eigenen Körperlichkeit mit allen ihren Aspekten. Sie steht im Zentrum der bewussten Erfahrung. Die zerebralen Vorgänge die bei der Gestaltung der mentalen Repräsentationen des Körpers beitragen („body schema“) sind multipel und interagierend. Das mentale Körperschema besteht laut Alain Berthoz aus multiplen Repräsentationen (Berthoz A., 2003): semantische und lexikalische Repräsentationen von Körperbezirken, räumlich-visuelle Repräsentationen, Repräsentationen eines Bezugssystems zentriert auf den Körper (multimodal), Repräsentationen der motorischen Programme selbst und eine Repräsentation derselben auf einer „höheren“ symbolischen Ebene als kategoriale Kenntnisse des funktionellen und kontextgebundenen Gebrauchs der Körperbezirke.

Die Vielfalt der zerebralen Operatoren auf welchen das „körperliche Selbst“ gründet, lässt an die Möglichkeit eines seitenspezifischen Beitrages der Hirnfunktionen denken.

Ein rechtes und ein linkes körperliches „Selbst“? Um diesen Aspekt zu diskutieren lohnt es sich an die typischen Eigenschaften der Leistungen der rechten und der linken Hemisphäre zu erinnern (Ciompi, L., 1998). Man nimmt eine Dominanz der rechten Hirnhälfte in den affektiven Interaktionen, und den integrativen Aufgaben, bei welchen die Vorgänge relativ langsam sind, an. Ihre Arbeitsweise ist vor allem syn-

chron, simultan, analogisch, nahe den figuralen und räumlichen Aspekten. Die linke Hirnhälfte dominiert bei den analytischen Aufgaben und ist relativ schnell. Ihre Arbeitsweise ist vor allem diachron, sequenziell, digital, nahe den linguistischen und zeitlichen Aspekten. In der Tat erfährt man aus der Literatur folgende Behauptungen: „Man kann die Existenz von einem mentalen autonomen und bewussten Körperschema in der linken Hemisphäre, im Rahmen einer semantischen Repräsentation der Körperteilen, annehmen.“ (Berthoz A., 2003) und „Die Aktivierung des *rechten* limbischen Systems, zusammen mit der Aktivierung des *linken* assoziativen und exekutiven Kortex, sind wesentlich für die Vorgänge die der Erfahrung des „Selbst“ zugrunde liegen“ (Kirchner T., David A., 2003). Unsere Feststellungen bei der Betrachtung des Verhaltens der Patienten, in Kenntnis des Läsionsortes und der Erfahrungsberichte der Betroffenen, bestätigen diese Hypothesen? Unsere tägliche Arbeit in der neurokognitiven Therapie ist eine Chance diese Behauptungen auf dem Felde zu überprüfen.

4. Die Komplexität des „Selbst“: Bedeutung für die neurokognitive Übung

Wir haben gesehen, dass das Gefühl der eigenen Körperlichkeit durch multiple mentale Repräsentationen des Körpers und ihren Eigenschaften geprägt wird, mit einem differenzierten Beitrag der rechten und linken Hemisphären. Man kann sie somit leicht vorstellen, dass neben der Lokalisation der Läsion im Allgemeinen, auch die Seite ihrer Lokalisation differenzierte Konsequenzen haben.

Wir haben gesehen, dass die Erfahrungen der Patienten von einer Dimension der Emotion, der Motivation, der Interpretationen, also Beziehung zu den

Gedächtnissystemen, beeinflusst werden. Sie haben eine somatische Dimension im Sinne der „somatischen Marker“ von Damasio. Sie gründen auf die Verarbeitung von Informationen aus den verschiedenen kognitiven Subsystemen, wie akustische, visuelle, somatosensiblen, linguistische, Die metaphorische Sprache des Patienten bei der Beschreibung der bewussten Erfahrung, widerspiegelt diese Komplexität. Die Erkenntnisse aus der gegenseitigen Interaktion zwischen Patient / Übung / Therapeutin lässt – wenigsten zum Teil – auf die mentalen Strategien die der Patient beim Erkenntnisprozess einsetzt schließen im Sinne von „Was macht der Patient, um zu Erkennen?; Was empfindet der Patient beim Erkennen?“. Die neurokognitiven Übungen weisen die Charakteristika der Komplexität des körperlichen „Selbst“ auf. Die metaphorische Sprache des Patienten die wir berücksichtigen, öffnet den Weg um Aspekte der Struktur seines „Selbst“ zu erforschen. Diese Informationen sollen genutzt werden, um die Übungen in Funktion der spezifischen Situation des Patienten zu strukturieren (Carlo Perfetti, 2007). Es seien die verschiedenartigen mentalen Vorstellungen (motorisch, semantisch, visuell-räumlich, ...) und die Variationen ihrer Repräsentationen, die Art der mentalen Verarbeitungen und ihre Variationen, die relative Bedeutung der internen Imaginationen mit ihrer zeitlichen Abfolge erwähnt. Die zuletzt erwähnte Frage der zeitlichen Abfolge in der Gestaltung der internen Imaginationen, möchte ich noch kurz diskutieren. Welche zeitliche Beziehung existiert zwischen Perzeption und Gefühl? Ist es möglich, um wieder auf das früher erwähnte Beispiel anzuknüpfen, „das Blaue“ zu spüren, bevor man es sieht? Ist es möglich ein Objekt zu spüren, bevor man es berührt? Glaubt man mehr an das was

man denkt zu spüren, oder an das was man tatsächlich durch Perzeption wahrnimmt? An welcher Information glaubt das Gehirn mehr? Was beeinflusst die Wahl?

Das Beispiel einer Studie (Knoblich G., Kircher T., 2002), hilft auf diese schwierige Frage wenigstens eine Teilantwort zu geben. Es handelt sich dabei um eine Vergleichsstudie zwischen der Perzeption zweier verschiedener Informationsquellen nämlich der visuellen und somatosensiblen, bei gesunden Probanden. Die gesunden Probanden *zeichnen* Kreise die exakt auf einem Bildschirm projiziert werden; ohne die Probanden darüber zu informieren, wird die Bewegungsbahn die sie auf dem Bildschirm sehen, verändert. Die Probanden müssen, sobald sie die Veränderung wahrnehmen sofort mit dem Zeichnen aufhören. Dabei stellen sich folgende Fragen: merken die Probanden die Unterschiede? Wie empfindlich sind sie auf die Veränderungen? Es zeigte sich dass, die Fähigkeit auf die Veränderungen zu reagieren, viel geringer war als erwartet, zudem kompensierten die Probanden die Veränderungen bei verschiedenen Bedingungen und Ausführungsgeschwindigkeiten ohne dies zu merken. Zur Erklärung der von den Probanden eingesetzten Prozesse zur Überprüfung der Richtigkeit ihrer Zeichnungen, diskutieren die Autoren drei Mechanismen:

1. Den direkten Vergleich zwischen somatosensiblen und visuellen Informationen,
2. Den Vergleich zwischen dem was intern erwartet wird und dem somatosensiblen und visuellen feedback, nach der Ausführung der Handlung,
3. Den Vergleich zweier Prozesse, eines bewussten Prozesses (ähnlich dem Vorgang unter 2) und einer

der das Bewusstsein nicht erreicht.

Die Resultate sprechen, gemäss Interpretation der Autoren, für ein Vorgehen analog der dritten Erklärung. Der Entscheid ist nicht Folge eines Vergleiches zwischen den visuellen und somatosensiblen Informationen. Diese Resultate weisen erneut auf die Komplexität dieser Prozesse hin und auf die Notwendig die Erkenntnisse weiter zu vertiefen, um schliesslich die Planung unserer Arbeit und die Struktur der Übungen weiter verfeinern zu können.

5. Fazit

Die innere Struktur der Übung erstes Grades enthält bereits die Basis für den Zugang zur Komplexität der mentalen Repräsentationen (Perfetti, C., 2007). Die Art der Interaktion mit dem Patienten hat uns schon immer viel über seine metaphorische Sprache und über die mentalen Prozesse die damit verbunden sind informiert. Diese Qualität der Interaktionen Patient / Übung / Therapeut hat den Weg für weitere Vertiefungen eröffnet. Die Effektivität der Übungen hängt im Wesentlichen von der Qualität der Informationen ab, über welche wir verfügen, um zu erfahren „wie“ und „womit“ der Patient die zu lösenden Probleme anzugehen versucht.

Die Vertiefung dieser Aspekte, wie wir bei der kritischen Betrachtung der Bedeutung des „Selbst“ für die Therapie gemacht haben, ist ein Hauptweg, um die besten Bedingungen zu schaffen, um eine optimale Ausschöpfung des Potentials der plastischen Eigenschaften des Nervensystems zu erzielen.

Literatur

1. Ansermet F., Magistretti P. (2004), *À chacun son cerveau*, Éditions Odile Jacob, Paris, SS. 99 – 106.
2. Barnard P.J., Teasdale J.D. (1991), *Interacting cognitive subsystems: a systemic approach to cognitive-affective interaction and change*, Cognition and emotion, 5, SS. 1 – 39.
3. Berthoz A. (1997), *Le sens du mouvement*, Éditions Odile Jacob, Paris, S. 17.
4. Berthoz A. (2003), *La décision*, Éditions Odile Jacob, Paris, SS. 162-165.
5. Ciompi L. (1998), *Aussenwelt, Innenwelt – Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen*, Sammlung Vandenhoeck, Göttingen, SS. 186-198.
6. Craig A.D. (2002), *Opinion: How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body*, Nat. Rev. Neurosci. 3: 655 – 666.
7. Damasio A. (1995), *L'erreur de Descartes – La raison des émotions*, Éditions Odile Jacob, Paris, SS. 229 – 275 (Nella traduzione italiana da Adelphi, 1996, pp. 235 – 280).
8. Gadenne V. (1996), *Bewusstsein, Kognition und Gehirn – Einführung in die Psychologie des Bewusstseins*, Verlag Hans Huber, Bern Toronto Seattle, zitiert aus SS. 69-70
9. Humphrey N. (2007), *Rosso*, Codice edizioni, Torino.
10. Kirchner T. a. David A. (2003), *Self-consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences*. In: *The Self*, ed. T. Kirchner, A. David, Cambridge University Press, Cambridge U.K., SS. 451-452.
11. Knoblich G.a. Kircher T. (2002), *Deceiving oneself about control: sensitivity on mapping changes between movements and their consequences*. In: *The Self*, ed. T. Kirchner, A. David, Cambridge University Press, Cambridge U.K., S. 463.
12. Rosenfield I. (1992), *„The Strange, Familiar, and Forgotten; an Anatomy of Consciousness“*, Ed. A. A. Knopf, New York
13. Roth G. (2001), *Fühlen, Denken, Handeln*, Verlag Suhrkamp, Frankfurt am Main, SS. 210 – 215.
14. Strawson, G. (1999), *The self and the SESMET (Subjects of Experience that are Single Mental Things)*. In: *Models of the self*, ed. Gallagher S., Shear J., SS. 483-518, Thorverton, UK, Imprint Academic. Zitiert aus S. 484: „The cognitive self, the conceptual self, the contextualized self, the core self, the dialogic self, the ecological self, **the embodied self**, the emergent self, the empirical self, the existential self, the extended self, the fictional-self, the fullgrown self, the interpersonal self, the material self, the narrative self, the philosophical self, the physical self, the private self, the representational self, the semiotic self, the social self, the transparent self, the verbal self, ...“

Kontoverbindungen VF CR

Deutschland: VF CR 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 VF CR e.V. DE-Singen

M. R. Baron:

Der Einsatz der Imagination bei Läsionen des VII. Hirnnervs

Teil 2

Aus: „Riabilitazione e
apprendimento“ Jg.17,
Nr. 3 1997

Übersetzung:
Deborah Mangiapane
Tilly Pirker-Adlerhorst

5. Beobachtungen

Während der Jahre mit dieser Arbeitsweise, konnten wir einige Phänomene beobachten, die sich in einer gewissen Frequenz wiederholten.

a) Unterschiedlichkeit der Wiederherstellung

Wir beobachteten, dass einige Muskelgruppen die größten Defizite zurückbehielten (m. frontalis, m. levator labii und m. mentalis), während die schnellere Genesung mit einem besseren Ergebnis in der Wangenmuskulatur (m. risorius und m. zygomaticus) beobachtet werden konnte.

b) Umsetzung von unterschiedlichen Strategien zwischen beiden Gesichtshälften

In der Phase, wenn in der angezielten Zone kein Genesungsanzeichen (oder, wenn diese ungenügend erscheinen) zu beobachten sind, haben wir bemerkt, dass einige Patienten dazu neigen, die gesunde Gesichtshälfte übertrieben zu aktivieren. Möglicherweise, weil sie

denken, dass eine „größräumigere“ Aktivität die unbewegliche Gesichtshälfte unterstützt. Andere Patienten dagegen, fixieren eher die gesunde Gesichtshälfte, vielleicht, weil sie den Bewegungsverlust der gegenüberliegenden Seite kaschieren wollen und bewegen eben nicht, damit eine größtmögliche Symmetrie entsteht. Wir befinden weder das eine noch das andere Verhalten als besser. Im ersten Falle führt der Wunsch, partout bewegen zu wollen, mit Sicherheit zu keiner günstigen Stimulation um eine Verbesserung, im Sinne einer korrekten Rekrutierung, zu erzielen. Im zweiten Fall führt das Festhalten der gesunden Seite zu Auffälligkeiten im verbalen, als auch im nonverbalen Bereich.

Wir haben noch weitere, weniger häufige Phänomene beobachtet. Wir nennen sie die „seltsamen Phänomene“. Die Phänomene, die wir als seltsam bezeichnen, sind noch nicht weiter erforscht. Es sind Mitbewegungen der gesunden Seite und Veränderungen in der Sensibilität der betroffenen Seite.

In einem anderen Fall haben wir Schwierigkeiten mit der Nasenatmung festgestellt. Diese wurden bei der Unmöglichkeit den m. alare nasi bei Nasenseptumdeviation, zu rekrutieren beobachtet.

Wiederum in einem kürzlich aufgetretenen, anderen Fall, sind die Mitbewegungen aufgetreten, als die motorische Fähigkeit fast wiederhergestellt war. Dies war bei einer Jugendlichen geschehen, die aus Ausbildungsgründen ins Ausland gegangen ist, um eine Fremdsprache zu perfektionieren.

6. Behandlungsprinzipien

Die Behandlung muss unsere Beobachtungen beachten.

Daher dachten wir, dass die Behandlung auf die Funktionen der Gesichtsmuskulatur abgestimmt werden muss. D.h.:

- a) Erlernen des Bewusstseins des eigenen Gesichtes, was die taktile und kinästhetische Sensibilität angeht.
- b) Die Behandlung findet im gesamten Gesicht, also nicht nur auf der betroffenen Seite, statt.
- c) Es werden einige Gesichtszonen im Vergleich zu anderen, bevorzugt.

Letztlich mussten wir bei nicht so günstigen Prognosen beobachten, dass, selbst wenn keine Bewegungen mit zu viel Kraftaufwand oder unangemessene Stimulationen geschahen, das Auftreten von Mitbewegungen, auch wenn sie teilweise kontrollierbar waren, fortbestanden. Eine Hypothese wäre, dass man zu Beginn Bewegungen, die eine maximale Symmetrie hervorriefen, unterstützt hat (risorius und zygomaticus) und Bewegungen, die die Wangenmuskulatur „nach unten arbeiten“ lassen, gehemmt hat. In den Fällen, bei denen Spasmen zu beobachten waren, war uns aufgefallen, dass der Patient bei den Übungen, bei denen er „nach unten arbeiten sollte“ (Der Patient meldete zurück, dass er sich „gezogen“ fühlte), seine Gesichtshälfte als deutlich entspannter fühlte.

Die Behandlung ist eine sehr langwierige. Sie kann länger als ein Jahr andauern, da die Fälle, die uns vorgestellt werden, von sehr komplexer Art sind. Einige Aspekte der Pathologie lassen uns entsprechende Schlüsse bezüglich der Prognose ziehen. Wir haben versucht einige aufzuschlüsseln:

Individuelle prognostische Anzeichen zu Beginn der Behandlung

	positiv +	negativ -
Ätiologie	Lähmungen durch Erfrieren notwendige Dehnungen bei chirurgischen Eingriffen, die sehr dicht am VII. Hirnnerven verliefen	viral (Herpes zoster) Läsion des Nerves selbst (Neurinom, Verletztsein) frühkindliche Fehlbildungen
seltsame Phänomene	keine	vorhanden
Daten vor der Elektromyographie	keine Ruheaktivität auch kleine willkürliche Reizantworten möglich motorische Antwort am trago möglich	Ruheaktivität vorhanden Ausbleiben von willkürlichen motorischen Antworten Ausbleiben von motorischen Antworten, wenn der trago gereizt wird
Aktivität	zuverlässiges häusliches Üben, usw.	stressauslösende Aktivitäten oder Notwendigkeit vermehrter Sprechproduktion ängstliche Persönlichkeit

Individuelle prognostische Anzeichen im Verlauf der Behandlung

	positiv +	negativ -
Genesungszeit	frühzeitiger Beginn der Rekrutierung (in den ersten Wochen)	verspäteter Beginn von Rekrutierungen
individuelle Fortschritte während der Behandlung	symmetrische Aktivität ausbleibende Hyperaktivität der gesunden Seite Minderung der „klonischen“ Anzeichen (ein willkürliches Aktivieren wird sichtbar) Fähigkeit ein Auge geschlossen zu halten	unkontrollierte Bewegungen auf der gesunden Seite persistierende sensitive Veränderungen ausbleibende willkürliche Bewegungen gleichzeitiges Auftreten von Mitbewegungen, mit Entstehung von willkürlichen Bewegungen
Veränderung der Daten der Elektromyographie	Auftreten von Muskelrekrutierungen Verschwinden von Ruheaktivität	kein Auslösen von Muskelrekrutierungen persistierende Ruheaktivität Messung von Mitbewegungen (Fehler der Reinnervation) Messung von Mitbewegungen (Fehler der Reinnervation)

7. Vorschlag eines Überprüfungs Bogens

Die uns wichtigen obengenannten Aspekte bringen wiederum neue Hypothesen zum Behandlungsfortschritt hervor. Den Fortschritt wollen wir ja mit unseren Übungen erzielen.

Um die Ergebnisse zu festigen, abgesehen von den klinischen Studien, benutzen wir ein Ergebnisprotokoll, mit dem wir die Ganzheit der Fortschritte erfassen können. Wir teilen den Bogen in drei Teile. Wir untersuchen einfache isolierte selektive Bewegungen, die komplexen Bewegungen und außerdem Beobachtungen, die zusätzlich gemacht werden. Diese Beobachtungen ergänzen die gezielte und direkte Beobachtung. Zusammen mit den durchgeführten Tests können wir die letztendlichen erwarteten Veränderungen vermuten. Für jede Beweisführung markieren wir das Kästchen, das der Durchführungsleistung entspricht. Diese Kästchen können teilweise markiert werden, wenn die Antwort unvollständig erbracht wird.

Prüfbogen

Einfache, selektive isolierte Bewegungen

			a	b	c	d
1	Augenbrauen heben	keine Bewegung	minimale Kontraktion	Bildung weniger Fältchen	Bildung symmetrischer Falten	
2	Augenbrauen zusammenziehen	keine Bewegung	minimale Kontraktion	Bildung weniger Fältchen	Bildung symmetrischer Falten	
3	Nase rümpfen	keine Bewegung	minimale Kontraktion	Bildung weniger Fältchen	Bildung symmetrischer Falten	
4	Augen schließen	keine Bewegung	Andeutung eines Augenschlusses	Fast vollständiger Augenschluss	vollständiger Augenschluss	
5	Lächeln	keine Bewegung	minimale Kontraktion	minimale Verschiebung der Mundwinkel	komplette Verschiebung der Mundwinkel	
6	Zähne zeigen (Oberlippe)	keine Bewegung	ein Zahn sichtbar	zwei Zähne sichtbar	mehr als zwei Zähne sichtbar	
7	Zähne zeigen (Unterlippe)	keine Bewegung	ein Zahn sichtbar	zwei Zähne sichtbar	mehr als zwei Zähne sichtbar	

Bemerkungen:

KOMPLEXE BEWEGUNGEN

1	beim Schlafen	1. Lidschluss	0.....50.....100	NEIN	WENIG	JA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	beim Essen	1. Kauen möglich 2. Essen verschieben 3. im Mund behalten 4. im Mund behalten	auf der geschädigten Seite? feste Nahrung mit der Zunge? feste Nahrung? flüssige Nahrung?	NEIN	WENIG	JA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	beim Sprechen	1. Artikulation möglich 2. Artikulation möglich 3. Artikulation möglich 4. kann Artikulation kontrollieren	„E“ symmetrisch? „U“ symmetrisch? Labiale MP/B symmetrisch? Zweibilber ohne Labiale? Zweibilber mit Labialen? Schwierige Wörter? Sätze?	NEIN	WENIG	JA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	beim Pusten	1. Pusten möglich	in der Mitte nur auf der gelähmten Seite nur auf der gesunden Seite	NEIN	WENIG	JA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

ANDERE BEOBACHTUNGEN

1	Ist das Phänomen „Bell“ sichtbar?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
2	Werden einige Bewegungen mit Hilfe der kontralateralen Seite durchgeführt?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	welche ? _____ _____
3	Sind unwillkürliche Mitbewegungen zu beobachten?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	welche? _____ _____
4	Sind Sensibilitätsstörungen vorhanden?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	wo / in welchem Ausmaß _____ _____

Bemerkungen:

Liebe Vereinsmitglieder,

Wir möchten Euch an den Vereinsbeitrag für 2009 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

Der Einsatz der Imagination bei Läsionen des VII. Hirnnervs

Fortsetzung

Das Abrufen einer Imagination ist für den Reha-Therapeuten ein bedeutsames therapeutisches Mittel geworden, mit dem falsch laufende Bewegungsmuster beim Patienten verändert werden können, nämlich durch die Bewusstmachung dessen Fehler.

Diese therapeutische Maßnahme könnte möglicherweise beim Patienten die bisherige Erfahrung der eigenen Bewegungsmuster, ersetzen, wenn er selbst nicht mehr in der Lage ist einen Bewegungsablauf korrekt durchzuführen.

Natürlich funktioniert das nur, wenn der Patient über eine gute Vorstellungskraft bzw. gutes Erinnerungsvermögen für Sinneseindrücke verfügt, weil die Imagination eine stellvertretende Funktion zur motorischen Umsetzung sein kann. Der Patient muss sich bewusst sein, dass sein Vorstellungsbild nicht der Realität entspricht. Es muss ihm klar sein, dass er zunächst mit Hilfe des Therapeuten und dann zunehmend selbst die Strategie finden soll, dieses Bild zu verändern.

Der Einsatz der Vorstellung könnte demnach als eine einfach anzuwendende Therapiemethode im Umgang mit Patienten mit orthopädischen Störungen oder Störungen des peripheren ZNS wirken, bei denen keine fokalen Läsionen, die die Vorstellungskraft verhindern oder Störungen der Vorstellungskraft an sich, vorhanden sind.

Es wurde deutlich, dass ein Provozieren einer korrekten Vorstellung eines Bewegungsablaufes nicht einfach ist, sei es aufgrund des Bildungsstandes des Patienten oder ein sowieso mangelndes Körper- und Bewegungsschema als Folge der Schädigung selbst.

Wir können bestätigen, dass bei fast allen behandelten Patienten, die Vorstellung umso kongruenter mit seiner tatsächlichen Wahrnehmung (sei es kinästhetisch als auch taktil) war, je kürzer der zeitliche Abstand zum Auftreten der Erkrankung war. Das heißt Patienten, die die Pathologie erst wenige Wochen durchleben, können deutlich besser die korrekte Wahrnehmung erinnern als solche, die die Pathologie schon mehrere Monate zeigen.

Durch die Behandlungen und vor allem durch das Suchen nach der passenden Modalität für den Patienten um eine korrekte Vorstellung zu erzielen, wird dies korrekte Vorstellung immer klarer und manchmal können, wie im folgenden Fall, sogar Bewegungen, die bislang nicht provozierbar waren, möglich werden.

Im folgenden Fall beziehen wir uns auf einen Patienten, 46 Jahre, mit einem schweren Ausfall des VII. Hirnnervs, als Folge eines Eingriffs an der Parotis im November '95.

Es waren vor dem Eingriff auch Symptome an den unteren Ästen des VII. Hirnnervs vorhanden.

Das EMG, nach 20 Tagen, zeigte eine Neurotmesis des Nervs.

Die Behandlung wurde mit kognitiv therapeutischen Übungen begonnen. Nach eineinhalb Jahren wurde die Maßnahme durch den Gebrauch der Vorstellungskraft ergänzt.

Die Rückmeldung des Patienten ist interessant. Der Patient berichtete wie sich die Vorstellungskraft entwickelte und wie sich die Fähigkeit entwickelte sich korrekt ein Sinnesbild vorzustellen und wie verschwundene bis dahin noch nicht beobachtete Bewegungen, initiiert werden konnten.

Th: Wenn Sie versuchen sich die Bewegung als Sinneseindruck vorzustellen, gibt es da Schwierigkeiten? Gelingt es Ihnen leicht sich die korrekte Bewegung oder wie sie sein sollte, vorzustellen?

Pat: Der Sinneseindruck ist schwer vorstellbar.

Nach rechts war der Sinnesdruck mit der Bewegung gleich.

Während bis vor kurzem nach links das sichtbare Bild korrekt war, war der Sinneseindruck nicht immer passend dazu, besser gesagt es war kein eindeutig scharfer Eindruck wahrnehmbar, immer unsicher.

Th: Haben sich in den vergangenen Monaten seit Entstehung der Pathologie irgendwelche einigermaßen offensichtliche Besserungen ergeben, besonders im Augenbereich, wo sich eine Andeutung von Lidschluss gezeigt hat und wo Sie ausgechnet im Augenbereich zu Anfang gar keine Vorstellungskraft entwickeln konnten?

Hat sich die Situation verändert?

Pat: Ich würde schon sagen. Anfangs war auch das sichtbare Bild verändert. Treues Abbild des Sinneseindrucks. Dann hat sich nur das Erscheinungsbild verändert. Jetzt ist das Erscheinungsbild eindeutig mit dem Gefühlsbild deckungsglei-

cher. Aber auch die Bewegung hat sich verbessert. Das Auge schließt sich fast vollständig.

Th: Meinen Sie, dass die Bewegung eine Folge der Fähigkeit des korrekten Vorstellens ist?

Pat: Ich kann es nicht sagen. Von einem bestimmten Zeitpunkt an habe ich gemerkt, dass ich gut vorstellen konnte und dass sich das Auge schloss, fast vollständig...ohne Anstrengung.

Das Auslösen eines motorischen Bildes im Sinne einer Bewusstmachung des programmierten Bewegungsablaufes, ist die letzte Stufe im chronologischen Ablauf des Behandlungsplans.

Wer schon länger unseren Reha-Maßnahmen verfolgt, wird sicherlich feststellen, dass der Gebrauch der Imagination nichts anderes ist als ein Entwicklungsschritt innerhalb des aufbauenden Ablaufs von klassischen Übungen, v. a. die des ersten Grades.

Der Ablauf soll den programmierten Bewegungsablaufes auf Bewusstseins-ebene bringen. Dieser Aufbau von Entwicklungsstufen scheint uns für die Wiederholbarkeit einer ausgelösten Bewegung wichtig.

In den Übungen ersten Grades lässt der Patient den Therapeuten die Bewegung an sich ausführen. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf die Parameter Richtung und Ausprägung der Bewegung (räumliche Parameter).

Beim Gebrauch der Imagination dagegen, bleibt der Patient meist selbst der Ausführende der Bewegung, auch, wenn sie im Endeffekt lediglich gedacht ist (in manchen Fällen lässt man den

Patienten auch eine geführte Bewegung vorstellen).

Wenn er nämlich die Bewegung in Gedanken vornimmt, lenkt er die Aufmerksamkeit außer auf „Richtung“ und „Ausprägung“ auch auf die Parameter „Schnelligkeit“ und „Intensität“ (zu verstehen als Fähigkeit einen Teil des eigenen Körpers als mehr oder weniger „schwer“ vorzustellen). Auch, wenn die Ausführung der Bewegung nicht möglich ist.

Die Übungen des ersten Grades werden nicht aufgegeben. Im Gegenteil, sie bieten uns Möglichkeiten des Auslösens und des ggf. Verändern des Bildes. Was noch viel bedeutender wird, wenn sie umso mehr in unsere Arbeitsweise eingefügt werden. Mit den vorgeschlagenen Übungen zur Behandlung des Fazialis, ist der Patient schon gewohnt auf sein Antlitz zu achten. Es ist bezeichnend, was der Patient auf die ihm sehr allgemein gehalten gestellte Frage antwortet:

Th: Haben Sie Unterschiede in der Imagination bemerkt, seit wir mit dieser angefangen haben zu arbeiten?

Pat: Es ist schwierig zu sagen, ob es Unterschiede gibt. Die Bewegungen vor dem bewussten Gebrauch der Imagination waren ja immer nur gedachte Bewegungen. Ich versuchte noch nicht mal zu bewegen um zu bewegen. Ich dachte auf eine bestimmte Weise zu bewegen. Jetzt ist es vielleicht leichter intensiv die Bewegung zu imaginieren, mir auch vor Augen zu führen wie diese aussieht und danach versuchen sie umzusetzen.

Man kann vermuten, dass der Einsatz der Vorstellung zum Bewusstsein bringt, was zuvor in der Ausführung einer

Bewegung einfach so impliziert war.

Der Einsatz der Vorstellung ist auch eine Methode, damit der Patient selbständig zuhause arbeiten kann, auch wenn die Bewegung nicht vorhanden sein sollte.

Zuhause wird der Patient gebeten sich Zeit zu nehmen sich dieselben Bewegungen zu imaginieren, die er auch während der Behandlung sich vorgestellt hat. Er sollte sich bewusst sein, dass Interferenzen auftreten können (falsche Bewegungen, Mitbewegungen).

Es war eine sehr positive Erfahrung zu erleben, inwieweit der Patient mit der Imagination selbständig zu arbeiten vermag und selbst für sich Strategien gefunden hatte diese auch zu verändern, wenn es notwendig war. Die anfängliche Strategie, zum Zeitpunkt als das motorische Bild falsch ausgelöst wurde („verschwommen“, so drückte sich der Patient aus), wiederholte sich mit dem Erscheinungsbild (was sich auch bei anderen Patienten mit anderen Pathologien bestätigt hatte).

Th: Sie sagten, als Sie Ihre motorische Imagination verbessern wollten, versuchten Sie die Bewegung zu sehen. Wie, sehen?

Pat: So als wäre eine andere Person vor mir oder ich stünde vor einem Spiegel.

Th: Haben Sie denn das, was ich von Ihnen verlangte, bzw. das „Gefühl“ der Bewegung zu imaginieren jemals versucht ?

Pat: An das Gefühl zu denken, das Gefühl zu imaginieren war sehr schwierig. Auch, wenn ich mit der anderen Seite verglich, imaginierte ich immer andere Gefühle rechts als auch links, auch wenn ich

die Bewegung, die ich imaginierte mit den Händen durchführte, sei es nach rechts oder nach links.

Th: Wenn Sie die Bewegung imaginierten, konnten Sie da eine korrekte Bewegung imaginieren, oder hatten Sie dabei Schwierigkeiten?

Pat: Das Erscheinungsbild war korrekt (abgesehen von der ersten Krankheitsphase), als Gefühl nicht immer.

Wir können also davon ausgehen, dass der erste Schritt für ein Abrufen eines korrekten motorischen Bildes tatsächlich die Wiederkehr einer Art Erscheinungsbild ist, das sich dann in der folgenden Zeit ändert und sich in ein motorisches also gefühltes Bild verwandelt.

Th: Zu welcher Tageszeit finden Sie denn die Ruhe zu imaginieren?

Pat: Meistens vor dem Arbeitengehen, weil ich dann ausgeruhter bin und dann besser imaginieren kann.

Th: Was imaginieren Sie?

Pat: Ich imaginiere immer die Bewegungen, die wir in den Übungsstunden durchgeführt haben (Auge schließen, vor allem die Lippe senken). Zunächst versuche ich mit der Hand die Lippe in die drei bestimmten Positionen zu führen (1. Grad) und dann versuche ich zu imaginieren, wie sich die Lippe allein bewegt.

Th: Jetzt glaube ich zu verstehen, dass Sie keinen Vergleich mit der gesunden Seite anstellen. Gibt es dafür einen Grund?

Pat: Keinen. Jetzt kommt mir spontan der Gedanke an

die linke Bewegung zu denken.

Th: D.H., in diesem Falle, wird der Vergleich zwischen Imagination und Bewegung mit dem Einsatz der Imaginationsmethode passiv angestellt (vor dem Imaginieren verschieben Sie die Lippe mit der Hand)

Pat: Ja!

Th: Dann imaginieren Sie die Bewegung

Pat: Ich imaginiere, wie ich die Lippe in eine bestimmte Position führe und danach versuche ich die Bewegung auszuführen. Natürlich viel schneller und die Bewegung ähnelt mehr einer Vorstellung. Je größer die Bewegung ist, desto mehr dringt die Aktivität der rechten Seite durch.

Th: Scheint Ihnen die Imagination jetzt einigermaßen korrekt?

Pat: Jetzt ja, aber nur bei den schnelleren Bewegungen. Wenn ich imaginiere die Lippe in die Position 3 (größere Bewegung) zu führen, dann verschwimmt alles.

Th: Hält die Imagination auch solange wie das Erscheinungsbild an?

Pat: Nein, ich imaginiere die Bewegung durchzuführen. Es ist nicht mehr wie vorher, dass ich sah und dann versuchte ich es nachzumachen. Jetzt imaginiere ich gleich die Bewegung selbst.

Dieser Patient hat immer bessere Fortschritte beim Imaginieren (und auch im Bewegungsablauf) gemacht. Er hat unterschiedliche Strategien zum Auslösen der Bewegung gebraucht:

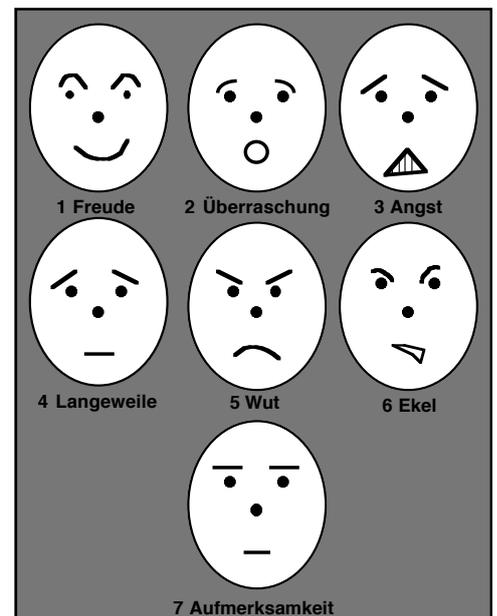
- ➔ Zu Beginn musste er sich immer wieder auf das visuelle Erscheinungsbild beziehen.
- ➔ Dann ist übergegangen mit der gesunden Seite zu vergleichen.
- ➔ Danach machte er sich die passiven Bewegungen des 1. Grades nur auf der linken Seite zunutze, um zum gegenwärtigen Stand zu kommen, wo er das gefühlte, motorische Bild abrufen kann.

Th: Wann bemerken Sie, dass die Imagination nicht die korrekte Imagination ist, oder besser gesagt, haben Sie Schwierigkeiten die korrekte Bewegung zu imaginieren, was machen Sie dann?

Pat: Ich versuche es erneut zu imaginieren. Ich denke noch Mal an die Position, die ich erlangen möchte und dann imaginiere ich die Bewegung dahin.

Th: Wird denn das Imaginieren wieder ein Erscheinungsbild oder bleibt es ein motorisches Bild?

Pat: Beides. Wenn ich Schwierigkeiten habe, ziehe ich mir noch das Erscheinungsbild hinzu.



*Susanne
Wopfner-Oberleit:*

11. Internationales Symposium „Wissenschaft leben“

Unsere 11. Internationales Symposium steht unter dem Titel „Wissenschaft leben“. Dieser Titel hat mehrere Gründe. Erstens ist damit die enge Kooperation, Zusammenarbeit und das gemeinsame Lernen von Wissenschaftlern und Therapeuten gemeint. Bei den Kongressen in Italien, die Prof. Perfetti organisiert, ist es schon eine alte Tradition, nicht nur Therapeuten als Referenten zu gewinnen sondern auch teils weltbekannte Wissenschaftler einzuladen. Das, was bei den „Perfetti – Kongressen“ üblich ist, stellt sonst eine absolute Rarität dar, obwohl es so dringend notwendig wäre, denn beide Berufsgruppen können nur voneinander lernen. Wir „Praktiker“ können natürlich enorm von den Kenntnissen der Wissenschaftler profitieren und es ist immer wieder spannend die Entstehung verschiedenster Erkenntnisse aus dem Munde des Wissenschaftlers selbst erklärt zu bekommen. Aber auch die Wissenschaftler können von uns lernen, denn sie kennen oft nicht die Probleme der Patienten, die z.B. bei der Behandlung oder im Alltag auftauchen. Durch unsere Erfahrungen mit den Patienten ergeben sich neue Fragestellungen für die Wissenschaftler, die sie sich vielleicht alleine – nur im Labor arbeitend – nicht gestellt hätten. Es ist also eine gegenseitig befruchtende Zusammenarbeit. Unser Ziel war es daher auch unser Symposium zu einem Treffpunkt von Wissen-

schaftlern und Therapeuten, also von „Theoretikern“ und „Praktikern“ zu machen.

Zu unserer großen Freude ist es uns gelungen Prof. Thomas R. Tölle als Referenten für unser Symposium zu gewinnen. Professor Thomas R. Tölle, ausgebildeter Neurologe und Psychologe, hat verschiedene Positionen an der Neurologischen Klinik der Technischen Universität München inne: Er ist Facharzt für Neurologie, Oberarzt in der



Klinik, Geschäftsführender Oberarzt des Zentrums für Interdisziplinäre Schmerztherapie sowie Extraordinarius für Neurologie. Herr Professor Tölle absolvierte das Studium der Medizin und Psychologie an den Universitäten Bochum, Frankfurt, Düsseldorf und München. Er promovierte zum Dr. rer. nat. an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität in Düsseldorf. Seinen medizinischen Doktorgrad erhielt er an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit Arbeiten, die er in der Grundlagenforschung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie zu Themen der Chronifizierung von Schmerzen durchführte. Sein Vortrag wird sicherlich eine große Bereicherung unseres Symposiums sein und ich hoffe, dieser erste Kontakt ist der Beginn eines langjährigen Austausches

und damit eines gegenseitigen Lernprozesses. Natürlich wird auch der sehr anspruchsvolle und mit wissenschaftlichen Arbeiten gespickte Vortrag von Dr. Fabio M. Conti – wie schon in den letzten Jahren – dazu beitragen, unser Wissen zu erweitern und die Kluft zwischen Wissenschaftler und Therapeuten zu verkleinern. Auch der Vortrag von Dott.ssa Franca Pantè, der schon beim Symposium vorigen Jahres wissenschaftlichen aber auch philosophischen Anspruch hatte, wird es ermöglichen, aus uns Therapeuten immer mehr Wissenschaftler zu machen.

Der Titel „Wissenschaft leben“ soll aber noch mehr ausdrücken: es ist die ausdrückliche Aufforderung von Prof. Perfetti an uns und an alle Therapeuten, selbst Wissenschaftler zu werden. Einmal kann man wissenschaftlichen Status erlangen, indem man eine wissenschaftlich basierte, akademische Ausbildung macht, wie es Birgit Rauchfuß und Steffi Jung gemacht haben. Sie haben ein berufsbegleitendes Aufbaustudium für Ergotherapeuten an der Hogeschool Zuyd, Heerlen in den Niederlanden gemacht und im Rahmen dieser eine Bachelorarbeit geschrieben, die sie uns in ihrem Vortrag vorstellen werden. Ihre Arbeit trägt den Titel „Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten“. Im Rahmen dieser Studie werden Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten im Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept erfasst. Dabei interessieren Aspekte der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit. Das gewählte Forschungsdesign umfasst qualitative und quantitative Anteile. Wir gratulieren jetzt schon beiden zu ihrer gelungenen Arbeit und sind dankbar, dass wir an ihrem mühsam erarbeiteten Wissen teilhaben können. Nicht nur durch eine zusätzliche Ausbildung kann man zum Wis-

senschaftler werden, sondern auch und vor allem, indem man wissenschaftlich arbeitet. Das bedeutet, dass man bei der Arbeit mit dem Patienten wissenschaftliche Kriterien und Grundsätze anwendet. Die, schon von dem österreichischen Philosophen Karl Popper (1902 – 1994) entwickelten Arbeitsschritte Problem – Hypothese – Verifikation (die eher eine Falsifizierung sein sollte als eine Verifizierung) stellen auch für uns die täglichen Arbeitsschritte dar. Der wissenschaftlich arbeitende Therapeut sollte daher nicht nur ein „Ausführer“ von Übungen sein, sondern der innovative, kreative Gedanke sollte im Vordergrund stehen. Das heißt, das Auftreten von Problemen, das Nicht-mehrweiter-Kommen mit dem Patienten sollten nicht Anlass sein zum Verzagen sondern Ansporn durch Forschen, Fragen, Lernen und Lesen neue Lösungshypothesen zu erarbeiten und diese mit neuen Übungen zu überprüfen. Diesen kreativen Prozess möchte ich in meinem Vortrag erläutern. Dabei möchte ich nicht nur das Endergebnis vorstellen, also eine neue Übung mit einem neuen Therapiemittel, sondern ich möchte vor allem den Werdegang schildern, also die Überlegungen, das Entwerfen und Verwerfen von Gedanken. Denn dieser Prozess stellt den eigentlich spannenden wissenschaftlichen Prozess dar.

Lernen können wir nicht nur von Wissenschaftlern sondern auch und vor allem von unseren Patienten. Indem sie uns teilhaben lassen an ihrem Erleben, an ihrer bewussten Erfahrung, kommen wir zu einem riesigen Schatz an Wissen. Mir kommt es fast so vor, dass ich fast mehr von meinen Patienten gelernt habe wie sie von mir. Herr DI Peter Rattke, ein mutiger Hemiplegipatient, wird uns in seinem Vortrag erläutern wie bedeutsam allein Gedanken, Emotionen, Vorstellungen und Erwartungen für den motorischen Prozess

sein können. Er wird uns schildern, wie ein negativer Gedanke eine komplette motorische Blockade hervorrufen kann. Seine Schilderungen werden sicherlich dazu beitragen, zu verstehen, wie wichtig die mentalen Prozesse sind und vor allem seine Erklärungen, wie er mit diesem Problem umgeht, wird für uns alle ein wichtiger Lernprozess sein.

Die bisher erwähnten und weitere Vorträge werden uns hoffentlich eine spannendes Symposium ermöglichen, an dem gelernt, geforscht, diskutiert und philosophiert wird – an dem kurz gesagt die „Wissenschaft lebt“.

Susanne

Wopfner-Oberleit:

Monographischer Kurs in München

Die Behandlung des Rückenschmerzes

Mit großer Freude darf ich euch einen speziellen Themenkurs ankündigen, den freundlicherweise Dr. Reiners in der Klinik Bogenhausen in München ermöglicht. Referentin ist meine liebe Kollegin Marina Zernitz, die ich schon 1990 bei meiner Ausbildung in der Klinik von Schio als sehr erfahrene Kollegin kennenlernen durfte. Sie hat mich von Anfang an durch ihre sehr gut strukturierte und ruhige Art bei der Behandlung ihrer Patienten begeistert. Da die vierfache Mutter nach der Geburt ihrer Zwillinge eine Zeit lang halbtags gearbeitet und in dieser Zeit ausschließlich orthopädische Patienten und im speziellen auch Schmerzpatienten behandelt hat, ist sie die „Perfetti –

Therapeutin“, die am meisten Erfahrung mit Schmerzpatienten hat. Ich war damals schon begeistert und erstaunt, wie sie es schaffte, schweren chronischen Schmerzpatienten in kürzester Zeit eine Linderung und später eine Schmerzfreiheit zu ermöglichen. Ich bin froh, dass wir durch diesen Kurs nun Nutznießer ihrer großen Erfahrung sind. Um euch den Kurs nun noch schmackhafter zu machen, hier einige Details zum Kurs:

Key words: Rückenschmerz, gestörte Kohärenz, veränderte Informationsbildung, neurokognitive Rehabilitation.

Schmerzsymptome lassen sich häufig nur unzureichend erklären. Nicht immer entsteht Schmerz durch die Stimulation spezifischer Rezeptoren (physiologisch erklärbarer Schmerz) und nicht immer lässt sich der Schmerz als Folge eines in der Nähe gelegenen Gewebes Schadens erklären (entzündlicher Schmerz, Reizzustand). Relativ häufig beobachtet gerade der Therapeut schmerzhafte Syndrome, in denen diese Schmerzätiologie absolut nicht nachweisbar ist oder nur eine marginale Rolle spielt und der Schmerz eher als „Dysfunktion“ auf der Ebene des zentralen Nervensystems als in der Peripherie erscheint. Mit den Fortschritten in der Neurophysiologie und den Neurowissenschaften im Allgemeinen haben sich ein Wissensstand und Arbeitshypothesen herausgebildet, die zur Ausarbeitung innovativer Rehabilitationstheorien (kognitive und neurokognitive Rehabilitation) geführt haben.

Hier seien einige der grundlegenden Prinzipien dieser Theorie genannt, die für das Verständnis des Phänomens Schmerz und seine rehabilitative Interpretation unabdingbar sind:

- ✓ Der Körper als rezeptorielle Oberfläche
- ✓ Beziehung Körper – Geist

- ✓ Beziehung zentrales Nervensystem – peripheres Nervensystem
- ✓ Bedeutung der Sprache von Therapeut und Patient
- ✓ Die bewusste Erfahrung

Die veränderte Sichtweise hat neue Vorschläge zur Behandlung des Schmerzes ermöglicht.

Inhalte des Kurses.

1. Basiskonzepte der kognitiverapeutischen Übungen
2. Interpretation des Schmerzes bezogen auf die Pathologie des Rückenschmerzes aus neurokognitiver Sicht.
3. Beobachtung und Beurteilung des Patienten mit Rückenschmerzen mit der Zielsetzung, die Pathologie neu zu interpretieren.
4. Feststellung des Patientenprofils (wie zeigt sich der Patient, wie bewegt er sich, was nimmt er wahr, wie benutzt er seine Sprache, über welche Imaginationsmöglichkeiten verfügt er?)
5. Von der Beobachtung zur Ausbildung der Übung
6. Übungsbeispiele mit Inhalten, Modalitäten und Zielen mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Sprache für eine effektive therapeutische Interaktion
7. Ein praktischer Teil - Beobachtung eines Patienten und Durchführung einiger Übungen - wird es ermöglichen das Gelernte zu überprüfen
8. Videodokumentation von Patienten und Übungen, um den Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis darzustellen.

Zeit und Ort:

05.03.2009 14.00-18.00 Uhr
 06./07.03.2009: 09.00-18.00 Uhr
 Klinik für Frührehabilitation und Physikalische Medizin
 Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München

Referentin

Marina Zernitz, dipl. Physiotherapeutin / I - Schio

Übersetzerin:

Susanne Wopfner-Oberleit, dipl. Physiotherapeutin / A – Zirl

Information / Anmeldung:

Wegen des laufenden Klinikbetriebes bitten wir Anfragen per Fax (089-92702115) oder Mail (physmed@kh-bogenhausen.de) zu stellen. Sollte dies nicht möglich sein, sind wir Dienstag bis Donnerstag von 10.00 bis 11.00 Uhr telefonisch unter 089/92702401 erreichbar.

als auch an Laien und vor allem an Betroffene.

Die einzelnen Kapitel sind durchweg gut verständlich geschrieben und durch plakative Zeichnungen des Künstlers Sunyata ergänzt, über deren Qualität sich trefflich streiten lässt. Die allgemeine Verständlichkeit ist Stärke und Schwäche zugleich, je nach dem welche Intension der Leser verfolgt. Ein interessierter Laie wird mit einer Welt konfrontiert, die ihm sicher neu sein wird. Ein Physio- bzw. Ergotherapeut wird spannende Erkenntnisse erwarten dürfen, die jedoch nicht vertieft werden. Als Einstieg in die komplexe Materie „Schmerz“ eignet sich das Buch hervorragend, führt es doch gut strukturiert durch das Thema und bietet es obendrein (im Kapitel 7) Leseempfehlungen und ein Glossar.

Zunächst wird die allgemeine Funktion von Schmerz erläutert und auf Besonderheiten wie den Phantomschmerz eingegangen. Alsdann wird erklärt, wie und wo aus einem Reiz ein Schmerz-

empfinden wird. Im Kapitel 3 werden einige sehr typische Schmerzorte, wie Bandscheiben, Haut und Weichteile, Knochen, Gelenke sowie periphere Nerven beleuchtet um sodann, im Kapitel 4, auf Veränderungen im Nervensystem einzugehen, die für chronifizierten Schmerz verantwortlich sind (für mich der spannendste Abschnitt - leider zu kurz). Die Kapitel 5 und 6 beschäftigen sich schließlich mit dem Schmerzmanagement.

Fazit: Ein durchaus lesenswertes Buch, dass die Sicht auf den „Schmerz“ verändert aber auch verlangt, dass sich an Therapiemaßnahmen Beteiligte weiterbilden und noch viel mehr zum Thema lesen und lernen.

Matthias Volquartz:
Buchbesprechung
„Schmerzen Verstehen“
 von **David Butler/ Dr. Lorimer Moseley**
 Springerverlag Heidelberg 2005



Aufmerksamen Mitgliedern unseres Vereins dürfte zumindest der Name „Moseley“ kein Unbekannter sein. In dem monographischen Kurs zum Thema Schmerz (Villa Miari 2007) wurde der australische Forscher mehrfach zitiert. Inzwischen liegt ein Buch in deutscher Sprache vor, erschienen bei Springer (Heidelberg), in dem David Butler und Lorimer Moseley alte und neue Erkenntnisse über den Schmerz vermitteln.

Um es gleich vorwegzunehmen, bei dem vorliegenden Buch handelt es sich nicht um ein Lehrbuch im klassischen Sinne. Das Werk richtet sich ebenso an Fachleute - wie Therapeuten -

PERFETTI KURSTERMINE 2009/10

Januar

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

1. Teil: 23. - 25. Jänner 2009, 2. Teil: 20. - 22. Februar 2009, Organisation: Verband der ErgotherapeutInnen Österreichs, Ansprechpartner: Eva Güntner, Schlagergasse 6, 1090 Wien, fortbildung@ergotherapie.at

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruiskens, D)

23. - 24.01.09, Praxis für Ergotherapie bfz Erlangen, Nägelsbachstr. 25b, 91052 Erlangen, Ansprechpartnerin: Evelyn Gollwitzer 09131-895464, ergopraxis@er.bfz.de

Februar

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruiskens, D)

20. - 21.02.09, Diakonische Dienste Hannover gGmbH, Anna-von-Borries-Strasse 1-7, 30625 Hannover, Ansprechpartnerin: Birgit Schulze 0511-5354-662 www.DDH-Akademie.de

Einführungskurs (Regina Klossek, D)

20./21.02.2009, ERGOKONZEPT Hannover, Sandstrasse 16 in 30167 Hannover
Mail: buero@ergokonzept-hannover.de, Homepage: www.ergokonzept-hannover.de (Online - Anmeldung möglich),
Tel: 0511 - 215 32 46 Fax: 0511 - 215 50 36

März

Monografischer Kurs (Marina Zernitz, I, Übersetzung: Susanne Wopfner-Oberleit, Ö)

„Kognitiv therapeutische Übungen bei der Behandlung des Rückenschmerzes“

05. - 07.3.09, Physikalische Medizin, Krankenhaus München Bogenhausen, Leiter: Dr. Reiners, Kontakt: physmed@kh-bogenhausen.de

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

20. - 22.3.2009, "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 Karow geb. Pruiskens, D)

27. - 28.03.09, Akademie für Fort- und Weiterbildung Prof. König und Leiser Schule, Europaallee1, 67657 Kaiserslautern, Ansprechpartner: Ana H. Gerhardt 0631-361570, a.gerhardt@klschulen.de

April

Monografischer Kurs in Italien (Prof. Perfetti, Pantè, Rizzello, Zernitz)

„Handrehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Sprache“

2. - 4. April 2009 in der Villa Miari, Santorso / Italien, Anmeldung: Birgit Rauchfuß
(rauchfuss@ergotherapie-marl.de)

Einführungskurs (Regina Klossek, D)

17. / 18. April 2009, Anmeldung: Frau Thau-Hähne, Tel: 07041-152308, hildegard.thau-haehne@kliniken-ek.de, weitere Informationen: Herr Hörstgen. Tel: 07041-155017, andreas.hoerstgen@kliniken-ek.de, BIZ-Bildung in Zusammenarbeit mit Enzkreis-Kliniken, Hermann-Hesse-Str. 34 in 75417 Mühlacker

Einführungskurs (Regina Klossek, D)

24./25.04, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln

Ansprechpartner: Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: info@mentor-fortbildungen.de, Weitere Informationen unter: www.mentor-fortbildungen.de

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruiskens, D)

27. - 28.04.09, Leibniz Kolleg Hannover, Fischerstr.1, 30167 Hannover

Ansprechpartnerin: Ewa Pikos 0511-16769611, buero@leibnizkolleghannover.de, www.leibnizkolleghannover.de

Mai

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Ö)

1. Teil: 01. - 03. März 2009, 2. Teil: 26. - 28. Juni 2009, Organisation: Uwe Steinkamp, Praxis für Ergotherapie, Bahnhofstr. 3, 59320 Ennigerloh, Tel: 02524 - 951188, E-Mail: info@ergotherapie-steinkamp.de, Ort: Hotel Kröger, 59320 Ennigerloh- Ostenfelde

Basiskurs (Dott.ssa Fisioterapista Franca Panté, Dott.ssa. Fisioterapista Carla Rizzello)
Übersetzung: Hanne Karow (geb. Pruisken), Regina Klossek 1. Teil: 07. - 09. Mai 2009, 2. Teil: 24. - 26. September 2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln, Tel: 0221- 92 15 12 36, Fax: 0221 - 92 15 12 10, info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de (Online Anmeldung möglich)

Praxiskurs (Hanne Karow geb. Pruisken, D)
11. - 13.05.09, Leibniz Kolleg Hannover, Fischerstr.1, 30167 Hannover
Ansprechpartnerin: Ewa Pikos 0511-16769611, buero@leibnizkolleg-hannover.de, www.leibnizkolleg-hannover.de

Juni

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
05./06.06.2009, TFT Therapeutische Fortbildungstage, Adenauerring 11,76756 Bellheim, Tel.: 0 72 72 / 75 04 91, Fax.: 0 72 72 / 7743 56, e-mail: tft-seminare@t-online.de, www.tft-seminare.de

Symposium in Berlin / Erkner, Titel: „Wissenschaft leben“ Referenten: Prof. Th. R. Tölle, Dr. Conti, Dott.ssa Pantè, Rauchfuß, Jung, Wopfner, Karow, Rattke u.v.m.
19. / 20. Juni in Erkner (östlich von Berlin), Freitag: 13.15 – 18.00, Samstag: 9.00 – 18.00, Anmeldung: Birgit Rauchfuß (rauchfuss@ergotherapie-marl.de)

Juli

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
03. - 04. Juli 2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Affölerstraße 51, 35039 Marburg, Mentor Infocenter, Tel: 0221- 92 15 12 36, Fax: 0221 - 92 15 12 10,
E-Mail: info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de

August

Einführungskurs (Regina Klossek, D) 01.08. - 02.08.2009, Klinikum Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH, Kölner Platz 1, 80804 München, Ansprechpartner: Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, E-Mail: www.mentor-fortbildungen.de

September

Einführungskurs (Dr. med Fabio Conti, Hanne Karow geb. Pruisken)
11. - 12. September 2009, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Marianne Seeger, Tel.: 0541-4057202, E-Mail: geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)
1. Teil: 25. – 27. September 2009, 2. Teil: 23. – 25. Oktober 2009, Veranstalter: Physikalisch Medizin des Krankenhauses München Bogenhausen, Leiter: Dr. A. Reiners, Sekretärin: Frau Breu: physmed@kh-bogenhausen.de,
Tel.: +49 / (0)89 9270 – 2401

Oktober

Basiskurs (Carla Rizzello, Franca Panté)
Übersetzung: Regina Klossek, Hanne Karow (geb. Pruisken)
1. Teil: 01. - 03. Oktober 2009, 2. Teil: 11. - 13. November 2009, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Marianne Seeger, Tel.: 0541-4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruisken, D)
10. - 11.10.09, Akademie Damp GmbH, Seeuferweg 23, 24351 Damp
Ansprechpartner: Maria Strunk 04352-80-8388 www.akademie-damp.de

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)
1. Teil: 16. – 18. Oktober 2009, 2. Teil: 18. – 20. Dezember 2009, "imPuls - Center" Elbchausee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, info@impuls-fortbildung.de

Monographischer Kurs (Dott.ssa Carla Rizzello oder Dott.ssa Franca Panté)
"Kognitiv therapeutisch Übungen bei apraktischen Störungen"
Übersetzung: Hanne Karow (geb. Pruisken), Regina Klossek
22. - 24. Oktober 2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln, Mentor Infocenter, Tel: 0221- 92 15 12 36, Fax: 0221- 92 15 12 10, info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
30./31.10.2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln, Ansprechpartner: Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: info@mentor-fortbildungen.de, Weitere Informationen unter: www.mentor-fortbildungen.de

November

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
06. - 07. November 2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Novalisstraße 12, 10115 Berlin, Mentor Infocenter, Tel: 0221- 92 15 12 36, Fax: 0221- 92 15 12 10, info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
13. / 14. November 2009, Anmeldung: Frau Thau-Hähnle, Tel: 07041-152308, hildegard.thau-haehnle@kliniken-ek.de, weitere Informationen: Herr Hörstgen. Tel: 07041-155017, andreas.hoerstgen@kliniken-ek.de, BIZ-Bildung in Zusammenarbeit mit Enzkreis-Kliniken, Hermann-Hesse-Str. 34 in 75417 Mühlacker

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)
20. - 22. November 2009, Organisation: Verband der ErgotherapeutInnen Österreichs, Ansprechpartner: Eva Güntner, Schlagergasse 6, 1090 Wien, fortbildung@ergotherapie.at

monographischer Kurs (Dott.ssa Fisioterapista Carla Rizzello)
„Kognitiv therapeutisch Übungen bei Läsionen des Fazialisnervs“
Übersetzung: Regina Klossek, 26. - 28. November 2009, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln, Mentor Infocenter, Tel: 0221- 92 15 12 36, Fax: 0221- 92 15 12 10, info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de

Dezember

Einführungskurs (Regina Klossek, D)
04./05.12.2009, Medizinisches Bildungszentrum Mitteldeutschland, Südring 129, 06667Weißenfels, Ansprechpartner: Frau Krallert, Tel.: 03443 335 200, Fax: 03443 335 11, info@mbz-m.de, www.mbz-m.de, Anmeldeformular: http://www.mbz-m.de/cms_neu/Kontakt.aspx?userinfos=wbh

Examenskurs – Theoriewoche (Carla Rizzello, Franca Pantè)
14. - 19. Dezember 2009, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Marianne Seeger, Tel.: 0541-4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruisken, D)
17. - 18. Dezember 2009, Ev. Geriatriezentrum Berlin GmbH, Akademie für Fort- und Weiterbildung, Reinickendorferstr. 61, 13347 Berlin, Herr Claudias Kühnel, Tel.: 030-45941830

2010

Januar

Einführungskurs (Hanne Karow geb. Pruisken, D)
08. - 10. Januar 2010, Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück, Marianne Seeger, Tel.: 0541-4057202, geriatrie-fortbildung@klinikum-os.de

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)
1. Teil: 22. – 24. Jänner 2010, 2. Teil: 19. – 21. Februar 2010, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, info@impuls-fortbildung.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)

Sussidi

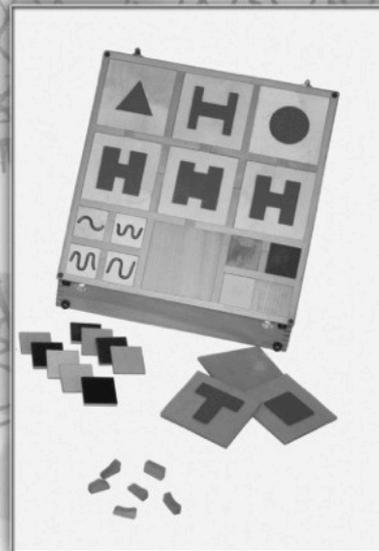
Therapiemittel Rehabilitation



Um das Therapiekonzept nach Prof. Perfetti auf bestmögliche Art und Weise umzusetzen, sind qualitativ hochwertige und perfekt verarbeitete Hilfsmittel notwendig. Innerhalb vieler Jahre wurden diese von Fumagalli und ATO FORM Austria in enger Zusammenarbeit mit Prof. Perfetti entworfen und weiterentwickelt.

Das Ergebnis der intensiven Kommunikation zwischen Konstrukteur und Ideengeber sind 5 Serien mithilfe derer umfangreiche Übungen mit dem Patienten möglich sind.

Für weitere Informationen können Sie sich gern an unten angegebene Adresse wenden. Wir beraten Sie gern und unverbindlich.



Sussidi

Therapiemittel Rehabilitation

ATO FORM
AUSTRIA
BERATEN • ENTWICKELN • HELFEN

presented by:

fumagalli
INTERNATIONAL

ATO FORM Austria

Orthopädische Geräte GmbH

Prof.-Dr.-Anton-Kathrein-Str. 3 • A-6342 Niederndorf

Tel.: +43 5373-57000 • Fax: +43 5373-57000-20

info@atoform.net • www.atoform.net