

Verein für kognitive Rehabilitation



VFCR

ZWECK DES VEREINS

Zweck des Vereins ist die Förderung und Weiterentwicklung der kognitiven Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti.

VEREINSTÄTIGKEIT

Der Verein erfüllt die Aufgabe durch

- Vereinsveranstaltungen (Symposien, Monografische Kurse in Italien)
- Fort- und Weiterbildungen (Informations-, Einführung-, Praxiskurse, Basiskurse)
- Kontakt mit Patienten und Selbsthilfegruppen
- Kontakt mit anderen Fachgruppen
- Examenskurs

MÖGLICHE QUALIFIKATIONEN DER MITGLIEDER

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

Folgende Qualifikationen sind vorgesehen

- a) Perfetti-Schüler («Allievi») - drei Stufen
- b) Perfetti-Therapeut («Praticanti») - drei Stufen
- c) Perfetti-Dozent («Docenti») - zwei Stufen

Ein ausführliches Dokument über die Qualifikationen und Ausbildungsrichtlinien liegt vor und kann bei der Vereinssekretärin angefordert werden.

ADRESSEN

VFCR
Verein für cognitive Rehabilitation
www.perfetti-konzept.com

Vereinsvorstand

1. Vorsitzende
Susanne Wopfner-Oberleit
Äueleweg 18a
6170 Zirl / Austria
susanne.wopfner@gmx.at

Schriftführerin
Kira Tschirner
Kira.Tschirner@gmx.de

Schatzmeister
Uwe Steinkamp
Uwe.Steinkamp@t-online.de

Beisitzer
Dr. Anselm Reiners
anselm.reiners@kh-bogenhausen.de

Links
Villa Miari
www.riabilitazioneurocognitiva.it

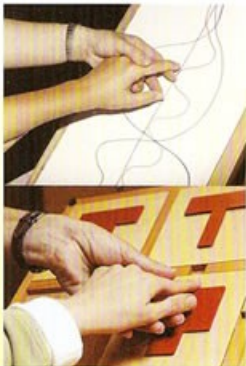
Bankverbindung

Volksbank
Oelde-Ennigerloh-Neubeckum
BLZ 412 614 19
Kto 19 17 15 04 00

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

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

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



und behandelt werden dürfen, sondern eine funktionelle Einheit bilden, die nur im gegenseitigen Austausch Erkenntnisprozesse (Kognition) hervorbringen. »Kognitiv« heißt »auf Erkenntnis beruhend«. Der Erkenntnisprozess ist eine zentrale Fähigkeit des Menschen und auch ein zentrales Element der kognitiven Rehabilitation. Um zur Erkenntnis zu gelangen, benötigt der Mensch die Fähigkeit der Wahrnehmung, der Bewegung und mentale Fähigkeiten gleichzeitig. Besonders wichtig für den Erkenntnisprozess ist die Wahrnehmung, denn durch diese erhält das ZNS Informationen vom Körper und der Umwelt, die es für die Programmierung und Ausführung von Bewegungen benötigt. Der Wahrnehmungsprozess stellt demzufolge einen wichtigen Teil der Bewegung dar. Bewegung erzeugt Informationen und Information ermöglicht das Entstehen der Bewegung. Ist dieser Informationskreislauf gestört, können physiologische Bewegungsabläufe nicht entstehen.

DIE REORGANISATION des Systems soll durch die Aktivierung programmierter Lernprozesse geschehen. Ohne Aufmerksamkeit ist dies nicht möglich. Daher nimmt die aktive und gerichtete Aufmerksamkeit des Patienten einen besonderen Stellenwert ein. Indem der Patient seine Aufmerksamkeit gezielt auf bestimmte Elemente seines Körpers lenkt (gelenkter Wahrnehmungsprozess), lernt er die Komponenten der Spastizität nicht entstehen zu lassen



bzw. eigenständig zu kontrollieren. Nicht mehr der Therapeut soll fasilitierend oder inhibierend eingreifen, sondern der Patient soll lernen, seine kognitiven Fähigkeiten einzusetzen, um die pathologischen Elemente selbst kontrollieren zu können.

Die kognitiven Prozesse stellen daher die »Arbeitsinstrumente« dieses Konzeptes dar. Weder die abstrakte Muskelkräftigung, noch die Reflexaktivierung werden als Arbeitsmittel verwendet, sondern Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, aber auch die Vorstellungskraft und die Sprache.

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

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



DAS 3-STUFEN-KONZEPT DER ÜBUNGEN

Bei jeder Übung erhält der Patient eine Aufgabe, ein so genanntes Problem (z.B. Erkennen von verschiedenen Figuren bei geschlossenen Augen) gestellt. Durch geführte, assistierte oder aktive Bewegungen soll der Patient bestimmte Informationen aufnehmen und somit sein Problem – das Erkennen der Figur – lösen. Es ist also von großer Bedeutung, dass jede Bewegung ein überprüfbares Ziel hat, denn die abstrakte Bewegung ist für das ZNS sinnlos und führt zu keinem Lerneffekt.

Bei den meisten Übungen wird die Bewegung mit geschlossenen Augen durchgeführt, um so die Körperwahrnehmung in den Vordergrund zu rücken und um dadurch die meist dominante visuelle Komponente nicht zu sehr als kompensatorische Informationsaufnahme zu etablieren.

Bei den Übungen 1. Grades werden die Bewegungen des Patienten komplett vom Therapeuten geführt. Durch die geführten Bewegungen soll der Patient verschiedenste taktil kinästhetische Informationen einholen. Der Patient soll lernen, bei den dabei entstehenden Dehnungen der involvierten Muskulatur eventuelle abnorme Reaktionen zu kontrollieren. Das Beherrschen der abnormen Reaktionen auf Dehnung ist eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen von physiologischen Bewegungen.



Bei den Übungen 2. Grades führen Therapeut und Patient die Bewegung gemeinsam aus, d.h. der Patient beginnt einen immer größer werdenden Teil der Bewegung aktiv zu übernehmen, aber jeweils nur soviel, dass es zu keinen pathologischen Elementen kommt, wie z.B. die abnorme Irradiation (überschießende Muskelkontraktion). Die gemeinsam ausgeführte Bewegung dient wiederum dazu, vorgegebene Informationen einzuholen.

Bei den Übungen 3. Grades beginnt der Patient schleichend und kaum merkbar die Bewegung selbstständig auszuführen. Dabei wird versucht, die kinematische Kette sukzessiv zu verlängern und immer komplexere Aufgaben durchzuführen. Die aktive Bewegung dient wiederum dem Einholen bestimmter Informationen. Der Patient muss lernen, das eventuelle Auftreten von primitiven Bewegungsschablonen (elementare Schemata) zu vermeiden und stattdessen hoch entwickelte, fragmentierte Bewegungen hervorzubringen.

Die systemische Durchführung der aufeinander abgestimmten Übungen verlangt eine präzise Arbeitsweise und dient der ständigen Qualitätskontrolle der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen.

Literatur

1. Perfetti C. (1997) *Der hemiplegische Patient – Kognitiv-therapeutische Übung*. Pflaum Verlag, München.
2. Perfetti C. (2007) *Rehabilitieren mit Gehirn – Kognitiv-therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie*. Pflaum Verlag, München.
3. Wopfner-Oberleit S. (2002) *Kognitiv Therapeutische Übungen nach beidseitiger Handtransplantation*. praxis ergotherapie, Verlag modernes lernen 1/2002