

physio**praxis**

Das Fachmagazin für Physiotherapie

9.16

September 2016 | 14. Jahrgang
ISSN 1439-023x · 61504
www.thieme.de/physiopraxis

**Lese-
probe**

FALL FÜR VIER: GONARTHROSE

Ausgeknorpelt

EVIDENZ BEI GONARTHROSE

**Krafttraining ist
Spitzenreiter**

MAMMAKARZINOM

Kraftvoll gegen Ödeme

GUTE VORTRÄGE HALTEN

Kopfkino erzeugen



Hilfreicher Rahmen

Kognitive funktionelle Therapie Bei der kognitiven funktionellen Therapie, kurz CFT, geht es darum, die richtigen Fragen in einem strukturierten Rahmen zu stellen. Der Therapeut macht dem Patienten den Teufelskreis des Schmerzes bewusst und differenziert frühzeitig periphere von zentralen Schmerzmechanismen.

➔ Spätestens seit Gordon Waddell 1998 das Buch „The Back Pain Revolution“ veröffentlichte, wissen Physiotherapeuten, dass rein biomedizinische Ansätze bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nicht zum erhofften Erfolg führen [7]. Das Umdenken in die biopsychosoziale, multidisziplinäre Richtung glich damals einer Revolution. Zwar ist dieses Denken heute im Bewusstsein aller Therapeuten angekommen, aber im physiotherapeutischen Alltag gestaltet es sich oft schwierig, psychosoziale Aspekte zu integrieren. Immer wieder erwischt man sich dabei, entweder biomedizinisch oder psychosozial zu denken.

Vom gezielten Management des unteren Rückenschmerzes zu einem komplexen Denkmodell → Peter O’Sullivan, Professor für muskuloskeletale Physiotherapie, wollte sich dieses Problems annehmen. Er suchte nach einem Ansatz, der dem biopsychosozialen Modell folgt und es erleichtert, konsequent die kognitiven Faktoren des Patienten einzubinden. Seitdem entwickeln er und sein Team den multidimensionalen, personenzentrierten Therapieansatz stetig

weiter, den sie Cognitive Functional Therapy (CFT) nennen. Dieser berücksichtigt, wie vielfältig und unterschiedlich sich Patienten mit Rückenschmerzen präsentieren. Ursprünglich fokussierten sie sich vor allem auf Mechanismen der motorischen Kontrolle und auf Bewegungseinschränkungen. Erst mit der Zeit entwickelte sich die CFT zu einem komplexen Denkmodell, das auch bei anderen chronischen Schmerzen einsetzbar ist.

Die Basis des Modells bildet das sogenannte „Clinical Reasoning Framework“ – ein Rahmen, mit dem der Therapeut die Problematik des Patienten analysieren kann. Die Grundbausteine sind die klinische Untersuchung, die auf dem biopsychosozialen Ansatz beruht, und Screening-Fragebögen, beispielsweise das STarT Back Tool, um prognostische Risikofaktoren zu erkennen. Außerdem gilt es, eine starke therapeutische Allianz zu bilden. Diese erreicht man durch ein ausführliches Erstgespräch, das auf Techniken des motivierenden Interviews basiert [4]. Durch den offenen Gesprächsstil holt der Therapeut den Patienten bei der Lösungsfindung mit ins Boot und überträgt ihm die Verantwortung und Selbstbestimmung für seine

Genesung. Gemeinsam differenzieren sie die Schmerzen und erarbeiten ein gezieltes, patientenzentriertes Management.

Die Analyse

Zu chronischen Schmerzen führen die verschiedensten Faktoren. Daher geht es darum, diese zu screenen und in die Therapie zu integrieren. Manche Faktoren sind beeinflussbar, andere nicht. Sie schließen sich nicht gegenseitig aus und können auch gleichzeitig vorhanden sein. Die CFT ist somit kein rigides Subgruppen-Klassifikationssystem, sondern gesteht jedem Patienten eine bestimmte, individuelle Mischung an Faktoren zu, die den Teufelskreis an Schmerz und Einschränkungen aufrechterhält. Im Erstgespräch kann eine Zeitlinie dem Patienten den Verlauf seiner Geschichte und eventuell vorliegende Zusammenhänge zu anderen Ereignissen (z. B. Unfall, Arbeitsplatzverlust) verdeutlichen. Die Kommunikationsform der motivierenden Gesprächsführung fördert die intrinsische Motivation des Patienten, sein Verhalten zu ändern. Die Adhärenz steigt, wenn Therapeuten offene Fragen stellen, dem Prinzip der Partizipativen Entscheidungsfindung folgen und keine fertigen Lösungen präsentieren, sondern den Patienten an der Lösungsfindung teilhaben lassen.

Im Buch „Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy“ listet O'Sullivan die wichtigsten Faktoren auf, die Therapeuten berücksichtigen sollten, um das Problem der Patienten auf allen Ebenen zu analysieren [4]. Am Beispiel des unteren Rückenschmerzes lässt sich so das Clinical Reasoning Framework der CFT veranschaulichen:

Erste Sichtung: Anamnese und klinische Untersuchung → Ausgangspunkt, um den Rückenschmerz zu differenzieren, ist eine erste Sichtung (Triage), um Hinweise auf eine ernsthafte Erkrankung und spezifische Ursachen für die Rückenschmerzen zu erkennen. Der Therapeut screent Red Flags und teilt den Patienten in eine von drei Gruppen ein: in die Gruppe der spezifischen Rückenschmerzen, in die der unspezifischen Rückenschmerzen oder in die mit einem unklaren gemischten Profil. Zudem entscheidet er, ob weitere ärztliche Diagnostik und/oder Therapie nötig ist. Bestehen keine Bedenken, differenziert er die Rückenschmerzen anhand ihres zeitlichen

Verlaufs in akute, subakute, persistierende oder rezidivierende Beschwerden. Jede Art braucht eine andere Herangehensweise. Ob die Beschwerden mechanisch beeinflussbar sind, kann von den schmerzauslösenden Mechanismen abhängen. Zum Beispiel könnten Schmerzen, die lokal begrenzt und mechanisch zu provozieren sind, auf nozizeptive und/oder entzündliche Schmerzmechanismen zurückzuführen sein (periphere Sensitivierung). Auf der anderen Seite sind persistierende Schmerzen, die sich ausgebreitet haben und nicht mechanisch zu provozieren sind, eher mit einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung (zentrale Sensitivierung) assoziiert.

Physische, kognitive, psychologische Faktoren → Neben dem Blick auf die physischen Faktoren wie adaptive und maladaptive Verhaltensweisen, verändertes Körperschema, propriozeptive Defizite, Beeinträchtigungen bezüglich der Beweglichkeit (Movement Impairment) oder der motorischen Kontrolle (Control Impairment), Dekonditionierung oder Überaktivität der Muskulatur (Loading Impairment) gilt es, kognitive und psychologische Faktoren zu berücksichtigen. Ist der Patient beispielsweise davon überzeugt, dass seine Schmerzen durch Bewegung schlimmer werden, kann dies Belastbarkeit und Beweglichkeit reduzieren und zu Schutzspannungen führen. Dies wiederum kann eine schlechte Schmerzmodulation des Nervensystems zur Folge haben. Manche dieser Überzeugungen sind auf Aussagen von Ärzten und Therapeuten zurückzuführen und können den Krankheitsverlauf verheerend beeinflussen (Katastrophisieren). Weitere negative Schmerzgedanken

entstehen durch Stress, depressive Verstimmungen, Beklemmungen, Sorgen und Ängste. Sie begleiten den persistierenden Rückenschmerz und begünstigen die zentrale Sensitivierung.

Soziale, arbeitsbezogene und genetische Faktoren → Obwohl soziale Faktoren oft nicht veränderbar sind, können sie die Schmerzüberzeugungen beeinflussen. Das Gleiche gilt für arbeitsbezogene Faktoren, wie Schmerzensgeldklagen oder Rentenbegehren, die manchmal erklären, warum und inwieweit sich die Schmerzen beeinflussen lassen. Da auch genetische Faktoren sowohl pathoanatomisch (z. B. Diskusdegeneration) als auch in Bezug auf die Schmerzempfindlichkeit eine Rolle spielen können, ist es sinnvoll, die Familiengeschichte abzufragen.

Lebensstil, Komorbiditäten, Schmerzverhalten und individuelle Faktoren → Ebenso sollte man einen passiven Lebensstil und ungesunde Ernährung immer dann ansprechen, wenn diese Faktoren mit der Problematik des Patienten zusammenhängen. Auch Fragen zu Komorbiditäten lohnen sich, da ein offensichtlicher mimischer und körperlicher Ausdruck von Schmerzen im Kontext von persistierenden Rückenschmerzen sehr häufig maladaptiv ist. Schließlich sind die Kenntnis der Ziele des Patienten, seine Präferenzen, Gesundheitskompetenz, Erwartungen, Motivation und seine Bereitschaft zur Veränderung wichtig, damit die Therapie erfolgreich ist.



Mithilfe des motivierenden Interviews holen Therapeuten die Patienten mit ins Boot.

Gewinnen

Kursplatz CFT

Schicken Sie bis zum 19. September 2016 eine E-Mail mit dem Betreff „CFT“ an physiopraxis@thieme.de und gewinnen Sie einen Level-1-Kurs im Wert von 490 €. Dieser findet vom 20.–22.10.16 in Bad Nauheim statt. Referent Wim Daenkerts hält den Kurs in englischer Sprache. Infos: www.manual-therapy-education.de/CFT-Workshop-English.139.0.html



Die Therapie

Die patientenspezifische Therapie zielt ab auf kognitive und körperliche Aspekte. Der Therapeut setzt auf Edukation, damit der Patient die Mechanismen seines Schmerzproblems versteht und weiß, wie dies mit seinen bisherigen Bewegungs- und Haltungsstrategien zusammenhängt. Er verbessert mit ihm seine Schmerz-Coping-Strategien und findet Wege, Stress zu reduzieren. Durch ein gezieltes funktionelles Training und Lebensstilveränderungen gewinnt der Patient Kontrolle über seinen Schmerz. Das funktionelle Training adressiert vor allem die physischen Faktoren und verbessert die Selbstwirksamkeit. Alternative Haltungs- und Bewegungsmuster lassen den Patienten erfahren, dass seine bisherigen Muster den Schmerz eher verstärken. Das Training festigt das Vertrauen in den eigenen Rücken, indem der Patient Bewegungsabläufe normalisiert und sich wieder zutraut, die Wirbelsäule zu bewegen. Dadurch sollen Bewegungen wieder möglich sein, die er bis dato vermieden hat.

Die CFT legt Wert auf einen strukturierten Behandlungsaufbau nach den Prinzipien der „Graded Exposure“ – der abgestuften Belastungssteigerung, die den Patienten mit bisher vermiedenen Bewegungsmustern konfrontiert. Der Therapeut coacht den Patienten darin, die neu gewonnenen oder wiederentdeckten Bewegungen in seinen Alltag zu integrieren und seinen Lebensstil hin zu einem aktiveren Leben zu ändern. Er berücksichtigt dabei vier wesentliche Therapiekomponenten [4], die sich vor allem auf die Ziele des Patienten beziehen und zu einer normalen Funktion und einem verbesserten Körperbewusstsein führen sollen:

- **Kognitives Training:** den Schmerz verstehen lernen, adaptive Schmerz-Coping-Strategien entwickeln und Reframing
- **Funktionelles Training:** Training des Körperschemas, eines funktionellen Haltungs- und Bewegungsverhaltens sowie Abbau des Schmerzverhaltens
- **Funktionelle Integration:** Integration der neuen Verhaltensmuster in das tägliche Leben und gezielte Konditionierung zur Steigerung der physischen und psychischen Belastbarkeit
- **Lebensstilveränderungen**

Erste Studien zeigen positive Ergebnisse → Noch ist die Zahl der Studien überschaubar, aber in zwei Arbeiten zeigte sich bereits, dass die Intertester-Reliabilität des Differenzierungssystems der CFT moderat bis exzellent ist [2, 5]. Eine andere Studie belegt, dass die CFT verglichen mit einer Kombination aus Manueller Therapie und Übungen bei Patienten mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen signifikant besser abschnitt bezüglich Schmerzreduktion, Bewegungseinschränkungen, Angstvermeidungsverhalten, Stimmung und Arbeitsunfähigkeit [6]. Positive Behandlungsergebnisse hängen aber wohl vor allem davon ab, ob die Patienten ihre Ansichten hin zu einem biopsychosozialen Verständnis von Schmerz verändern und ihren Zustand selbst managen können [1].

Selbstverständlich sind die einzelnen Aspekte des Ansatzes nicht neu. Viele berücksichtigen sie bereits. Doch das Clinical Reasoning Framework hilft, sich regelmäßig an alle Aspekte zu erinnern, die Patienten ins Boot zu holen und den Teufelskreis aus Schmerz und Schmerzvermeidungsverhalten zu durchbrechen. *Stephanie Moers*



Abb.: carmeta/fotolia.com (nachgestellte Situation)

Fallbeispiel

Der 15-jährige Felix kommt mit einem Rezept über sechs Mal Krankengymnastik bei Protrusion L4–L5 mit der Bitte um Rumpfstabilisation zu Physiotherapeut Klaus Orthmayr. Im Fallbeispiel beschreibt dieser, wie er den jungen Hobbyhandballer im Sinne der CFT behandelt.

Erste Sichtung – Triage

Felix lokalisiert seine Rückenschmerzen bilateral, paravertebral im Bereich der unteren LWS, beidseits gleich stark. Die ziehenden Schmerzen (VAS 6/10) sind fast immer da, strahlen aber nie in Gesäß, Beine oder Leiste aus. Die Schmerzen traten zum ersten Mal vor ungefähr drei Monaten beim Handballtraining nach intensiven Sprungwurf-Übungen auf.

Anamnese im Stile des motivierenden Interviews:

- Gab es irgendeinen erkennbaren Auslöser für das Auftreten deiner Schmerzen? – „Nein.“
- War vor drei Monaten etwas anders als sonst? Hattest du einen Unfall, hast du anders trainiert oder gab es sonst irgendwelche Veränderungen? – „Ich bin kurz vorher eine Altersstufe beim Handball aufgestiegen, und das Training ist seither intensiver. Mein Trainer vermutete eine mangelnde Rumpfstabilität als Ursache und sagte, ich müsse meine Bauch- und Rückenmuskulatur besser trainieren.“
- Und was passierte dann? – „Trotz vermehrter Kräftigungsübungen schmerzte der Rücken beim Werfen weiter – und jetzt nicht mehr nur bei Sprungwürfen. Und das, obwohl ich beim Werfen wirklich ordentlich Stabilität aufbaue.“
- Veränderten sich die Schmerzen? – „Ja, sie waren plötzlich immer da und gleichbleibend schmerzhaft. Nach drei Wochen ging ich zum Orthopäden, der von einer Überlastung des unteren Rückens sprach und mir empfahl, mit dem Handballtraining für ein paar Wochen zu pausieren. Als das

nichts brachte, machte er ein MRT-Bild, das eine leichte Bandscheibenvorwölbung bei L4–L5 zeigte.“

- Wie war es für dich, das zu hören? – „Wirklich blöd! Ich bin erst 15 und erfahre, dass ich schon Verschleißerscheinungen der Bandscheiben habe.“
- Haben sich deine Beschwerden seitdem verändert? – „Ja, sie sind etwas mehr geworden. Ich merke die Rückenschmerzen jetzt fast ständig, nicht nur beim Aufrichten, sondern auch beim Stehen und Sitzen.“

• Im weiteren Anamneseverlauf erzählt mir Felix, dass ihm der Orthopäde empfahl, die Rumpfmuskulatur gezielt zu kräftigen, um den Rücken zu entlasten. Dann schickte er ihn zur Physiotherapie. Dort erhielt er eine Mischung aus Stabilisationsübungen, passiven Mobilisationstechniken sowie aktiven Extensionsübungen in Bauchlage. Die Beschwerden verschlechterten sich jedoch weiter und treten momentan verstärkt beim Sitzen, Stehen, Aufrichten des Oberkörpers sowie in Bauch- und Rückenlage auf. Seit über zwei Monaten spielt Felix nun schon kein Handball mehr. Er möchte aber so bald wie möglich wieder mit dem Training beginnen. Ich gehe daher näher auf die neuen Schmerzmechanismen ein.

- Ist das Sitzen immer gleich schmerzhaft oder hängt es davon ab, wie und worauf du sitzt? – „Nur auf einem Sessel bei uns zu Hause sitze ich schmerzfrei. Ansonsten ist es immer gleich.“
- Hast du eine Idee, warum du da besser sitzt? – „Da sitz ich richtig tief drin und nach hinten gelehnt. Außerdem ist es besser, wenn ich auf der Seite liege – egal welche – und wenn ich in Rückenlage die Beine aufstelle.“
- Ist dein Rückenschmerz jeden Tag vergleichbar oder gibt es starke Schwankungen? – „An Wochenenden und in den Ferien ist es besser.“
- Was machst du da denn anders? „Lange schlafen, viel liegen und entspannen.“
- Verändern Klausurphasen dein Problem oder wenn du viel um die Ohren hast? – „Nein.“

• Aufgrund der präzise lokalisierten, relativ kleinflächigen Symptome scheint es sich um einen nozizeptiven Schmerzmechanismus zu handeln und nicht um einen neurogenen oder dominant zentral generierten Schmerz. Als mögliche Strukturen kommen die Bandscheiben der unteren LWS sowie die Muskulatur infrage. Wegen der gleichmäßig bilateralen Lokalisationen ist es unwahrscheinlich, dass die Zygapophysialgelenke ursächlich sind. Ausschließen kann ich sie aber noch nicht. Da die Sakroiliakalgelenke nie nach kranial ausstrahlen [8] und kaum auf beiden Seiten gleichmäßig betroffen wären, scheiden sie als mögliche Schmerzquelle aus. Ich werde der Inspektion im Stand und Sitz besondere Bedeutung beimessen, da diese Positionen erheblich zur Schmerzprovokation beitragen.

Bisher weiß ich, dass gesteigerte Aktivität – vor allem in extendierten Ausgangsstellungen – die Schmerzen provoziert und Entlastung und Entspannung in flektierten Positionen die Symptome lindern. Diese

Faktoren können Hinweise auf ein sogenanntes Loading Impairment sein, eine übermäßige Muskelaktivität. Mit dieser Vermutung starte ich die körperliche Untersuchung.

Körperliche Untersuchung

Inspektion: Die Inspektion in Stand und Sitz zeigt eine sehr ausgeprägte Extensionshaltung der unteren LWS mit extrem starker Muskelaktivität der unteren Rückenstrecker sowie der Bauchmuskulatur. Beide Positionen nimmt Felix ungern ein.

• Um zu bestätigen, dass es sich um maladaptive (schmerzverstärkende) Haltungen handelt, korrigiere ich direkt assistiv die extreme lumbopelvikale Lordose und erreiche eine deutliche Entspannung der dorsalen und ventralen Rumpfmuskeln sowie eine sofortige Schmerzfreiheit. Diesen Mechanismus muss ich jetzt mit Felix reflektieren, um Kognition mit Funktion und körperlicher Erfahrung zu kombinieren.

- Was fühlt sich besser an: diese Haltung hier oder deine Haltung? – „Diese Haltung – so habe ich keine Schmerzen.“
- Hast du eine Idee, warum es für dich angenehmer ist? – „Vielleicht weil ich entspannter stehe?“
- Warum stehst du normalerweise eher angespannt? – „Um meine Stabilität zu verbessern.“
- Du spannst deine Rumpfmuskeln an, um deinen Rücken zu entlasten, bekommst aber dadurch Schmerzen, richtig? – „Ja.“
- Erscheint dir die vermehrte Rumpfstabilisation eine sinnvolle Strategie zu sein? – „Nein, irgendwie unlogisch.“
- Wenn deine Hand schmerzhaft wäre, würdest du sie eher entspannt halten oder eine Faust machen? – „Ich würde sie eher entspannt halten.“

• Durch diese Reflexion wird Felix klar, dass kognitive Faktoren erheblich an seinem maladaptiven Haltungs- und Bewegungsmuster beteiligt sind. Außerdem versetze ich ihn durch meine Fragen in die Lage, seine bisherigen Vorstellungen kritisch zu hinterfragen und sich neuen Ideen zu öffnen. So blickt er auf sein individuelles Schmerzverhalten und bekommt eine Idee, wie er seine Problematik selbst kontrollieren kann. Damit habe ich die Kernpunkte des CFT-Ansatzes schon erreicht.

Physiologische Bewegungen: Die aktiven Bewegungen zeigen eine schmerzhafteste Extension bei normalem Bewegungsausmaß. Simuliert Felix die Wurfbewegung, zeigt er eine deutliche Hyperlordose und reproduziert seine Schmerzen. Sowohl repetierende Extensionsbewegungen als auch isometrisches Anspannen in Extension verschlechtern die Symptome.

Intervertebrale Bewegungen: Die passive intervertebrale Bewegungspalpation (PIVM) [11] der LWS ist unauffällig und zentrale posteriore–anteriore Drücke auf die Processi spinosi (PA) der LWS

[11] sind schmerzfrei. Unilaterale PAs sind beidseits schmerzhaft im Bereich L5–S1 sowie bei L4–L5. Seitlicher Druck in die sehr hypertone Muskulatur in diesem Bereich ist ebenfalls schmerzhaft.

Die gefundenen Zeichen und Symptome lassen mich Felix' Beschwerden wie folgt einordnen:

Diagnose: nichtspezifischer lumbopelvikaler Schmerz (LBP), vermutlich von den unteren Rückenstreckern ausgelöst. Die im MRT festgestellte Protrusion L4–L5 scheint keine besondere Rolle zu spielen, da die zentralen PAs auf dem entsprechenden Segment unauffällig sind. Außerdem hätten sich die Schmerzen bei einer akuten Diskushernie nach drei Monaten verbessert haben müssen.

Stadium: chronisch progredient

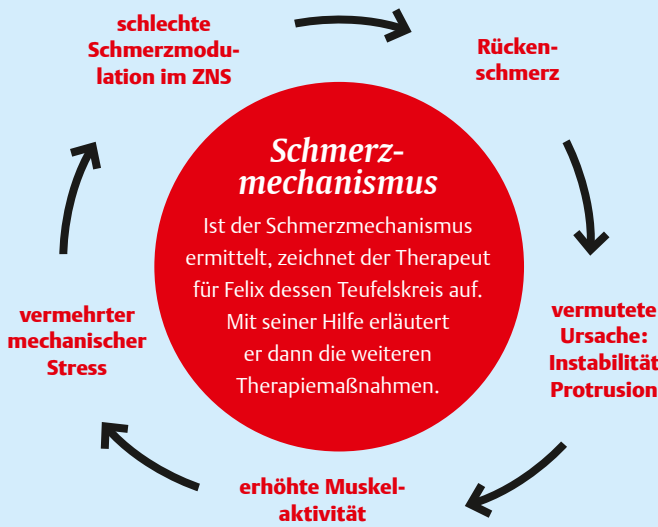
Pathobiologie/Schmerzmechanismus: nozizeptiv

Schmerzverhalten: mechanisch. Die Tatsache, dass die Symptome an Wochenenden und in den Ferien geringer sind, ließ mich zuerst eine soziale oder psychologische und somit nichtmechanische Komponente vermuten. Allerdings scheinen die Unterschiede bei Felix eher durch die Entspannung der Muskulatur zu entstehen und somit mechanischer Natur zu sein.

Kognitive und psychologische Faktoren: Die Vorstellung, sein Rücken sei „instabil“, und die Information über die Bandscheibenvorwölbung erweckten bei Felix eine dramatische Vorstellung über seine Beschwerden, und er stellte sich viele Fragen: „Ist das denn normal bei einem 15-Jährigen? Muss ich jetzt damit leben? Kann ich irgendwann wieder uneingeschränkt Handball spielen?“

Mechanische Klassifizierung:

1. Loading Impairment: Die übermäßige Muskelaktivität führt zu vermehrter Kompression und mechanischem lumbalen Stress und in der Folge zu nachteilhafter Schmerzmodulation im ZNS.



2. Control Impairment: Felix kann die Neutralposition seiner schmerzhaften Körperregion nicht ausreichend kontrollieren. Er hält sich in einer fast endgradigen Extension, was zu Überlastung und Schmerzen führt.

Management und Therapie

Zunächst erkläre ich Felix was es genau bedeutet, wenn Ärzte und Physiotherapeuten von einer Bandscheibenvorwölbung oder Protrusion sprechen. Ich mache ihm deutlich, dass nicht die gesamte Bandscheibe vorgewölbt ist, wie normal so ein Befund ist und dass es keine Korrelation zwischen Protrusionen und Rückenschmerzen gibt [9, 10]. Dann erkläre ich ihm, dass er sich in einem Teufelskreis befindet: Seine Rückenmuskulatur ist schmerzhaft überlastet → seine bisherigen Behandler vermuteten ein Stabilitätsproblem → er erhöhte seine Muskelaktivität weiter → der mechanische Stress stieg an → seine Vorstellungen von Bandscheibenvorwölbung und Instabilität beeinflussen die Schmerzmodulation im ZNS negativ → sein Schmerz nimmt weiter zu (👁️ TEUFELSKREIS).

Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, muss ich Felix eine bessere Kontrolle über seine Neutralposition der lumbopelvikalen Region bei ökonomischer Muskelaktivität vermitteln. Aufgrund seiner überaktiven Rumpfmuskulatur ist dies jedoch anfangs nicht möglich. Vor allem die Unfähigkeit, seine Bauchmuskeln zu entspannen, verhindert eine optimale Bewegungskontrolle. Daher üben wir zunächst eine primäre Bauchatmung, um seine ventralen Rumpfmuskeln zu kontrollieren.

Klaus Orthmayr

Literaturverzeichnis

thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 9/16“

Autoren

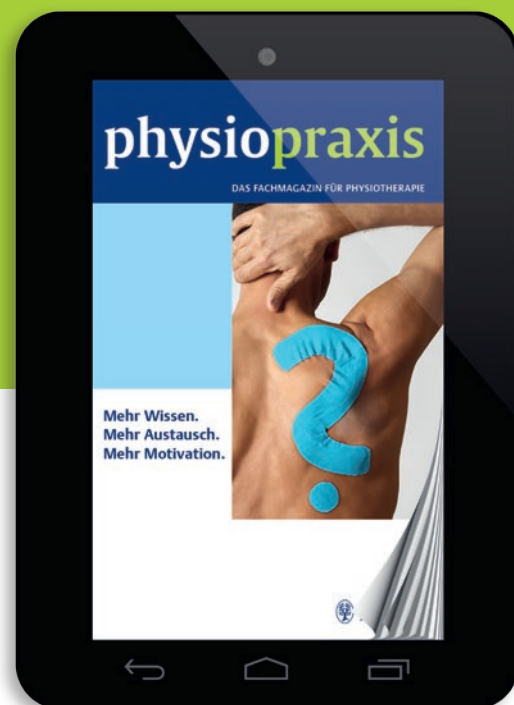


Stephanie Moers lernte die CFT 2014 bei einem Kurs von Wim Dankaerts kennen. Seitdem ist sie fasziniert von der Denkweise und den Erkenntnissen, die sie mithilfe des motivierenden Interviews erlangt. Sie benutzt das Whiteboard nun viel häufiger, um ihren Patienten Zusammenhänge, Zeitlinien und Teufelskreisläufe aufzuzeichnen.

Klaus Orthmayr, MManipTh (AU), ist Ausbildungsleiter des Fortbildungsinstituts Manual Therapy Education und seit 2004 selbstständig. Er schrieb das Curriculum für die MT-Zertifikatsausbildung komplett um, damit das Clinical Reasoning der CFT in die Manuelle Therapie integriert werden kann. Diese neue Ausbildung startet ab Oktober 2016 unter dem Label SAMPT in Bad Nauheim.

Wir suchen Leser, die app to date sein wollen.

JETZT
auch für
ANDROID



Wir wollen mehr für unsere Berufsgruppe. Mehr Wissen. Mehr Austausch. Mehr Erfolg. All das bietet Ihnen unser Fachmagazin, die kostenlose Zeitschriften-App für Abonnenten, die Online-Themenwelt, der Newsletter und die Facebook Seite. Mehr dazu unter:

www.thieme.de/physiopraxis