

Das Faszien­distor­si­ons­modell nach Typaldos FDM

Eine innovative Annäherung an Angst und Panik |
 Dr. Georg Harrer, Dr. Mario Maleschitz und Georg Grasser

Angst, Panik und ähnliche Zustände gelten im Allgemeinen als Emotionen oder Gefühle. Viele Menschen erleben dadurch enormen Leidensdruck und klagen darüber in unseren Praxen. Unsere persönliche Erfahrung ist, dass diese Menschen meist wegen anderer Beschwerden einen Termin vereinbaren, etwa Knieschmerzen oder Nackenbeschwerden. Beim Erstgespräch stellt sich aber heraus, dass Angst, Panik und ähnliche Gefühle einen wesentlich höheren Leidensdruck im Alltag dieser Menschen hervorrufen als deren Knie- oder Nackenbeschwerden. Auf die Frage, warum sie dann wegen des Knies angerufen hätten, hört man meist: „Weil ich nicht davon ausgegangen bin, dass Sie mir bei meiner Angst helfen können, das ist ja psychisch!“

Halten wir hier einen Moment inne und reflektieren diese Worte. Was bedeutet das Wort „psychisch“ für diese Menschen und warum ist ihr Leidensdruck so hoch?

Zum einen wird *psychisch* als sehr „tief“ „profund“ und daher unerreichbar für äußerlich angewandte Maßnahmen angesehen, da es ja nach dem derzeit gültigen Paradigma eine chemische Fehlfunktion in Zentren tief im Gehirn innerhalb des undurchdringlichen Schädels ist. Oder es kommen Paradigmen zur Anwendung, nach denen die Ursache der Beschwerden in tiefliegenden, verborgenen Traumata etwa in der Kindheit liegt. All das ist für den Leidenden nicht erreichbar und selbst nicht beeinflussbar. Chemische (= pharmazeutische) Maßnahmen haben oft in der Erfahrung dieser Menschen nicht den gewünschten Effekt gehabt oder die damit verbundenen kognitiven Einschränkungen waren zu groß. Das erhöht die Hoffnungslosigkeit und damit den subjektiven Leidensdruck. Auch hören wir oft in der Praxis, dass diese chemischen Maßnahmen als Passivierung empfunden werden. Der Betroffene empfindet sich als Objekt eines chemischen Eingriffs, über den er keine detaillierte Kontrolle hat. Letztendlich stellt dieses Vorgehen auch alle seine anderen Emotionen in Frage, denn sie könnten durch diese Maßnahme ja ebenfalls verändert sein. Das führt zu einem Misstrauen gegenüber der Selbstwahrneh-



Abb. 1: Angst, Panik und ähnliche Gefühle können bisweilen einen höheren Leidensdruck im Alltag hervorrufen als funktionelle Schmerzen.

Foto: fizkes – shutterstock

mung und Kontrollverlust, somit zu Angst. Ein anderer Aspekt scheint zu sein, dass der Wunsch, in einer Begegnung im Rahmen einer Therapie verstanden zu werden, oft enttäuscht wurde. Trotz bester Absichten des Therapeuten und genauester Beschreibung der Beschwerden durch den Leidenden führen die Unterschiede zwischen den Paradigmen, in denen der Therapeut sozialisiert wurde auf der einen und die subjektive Wahrnehmung der Beschwerden auf der anderen Seite zu einer immer größer werdenden Entfremdung. Es ist sehr ungewöhnlich, wenn uns Patienten in der Praxis Panik als etwas beschreiben, das sie in ihrem Gehirn fühlen. Diese Lokalisation ergibt sich ausschließlich aus der Sozialisation des Therapeuten. Die Eigenwahrnehmung ist ganz deutlich und für den Patienten ist die Panik etwa in der Brust oder im Hals. Da der Mensch ein geselliges Wesen ist, isoliert diese Entfremdung den leidenden Menschen mit jeder Begegnung immer mehr. Das verstärkt die Hoffnungslosigkeit und die Angst.

Oft sind die Ziele der Beteiligten trotz bester Absichten sehr unterschiedlich. Der Leidende sucht wegen Beschwerden in der Brust eine Notaufnahme auf und wird dadurch zum Patienten (lat. der Wartende, Geduldige), was er bis dahin nicht war. Der Arzt überprüft

Vitalfunktionen, Herzströme und Laborwerte im Blut. Sind diese unauffällig, sieht er das als Erfolg und kommuniziert das dem Patienten als Erfolg. Dieser wird aus dem System Notaufnahme entlassen und ist fortan wieder Leidender. Das alles verstärkt die Entfremdung, Hoffnungslosigkeit und Angst.

Zwischenfazit

Der Leidensdruck entsteht durch ein unangenehmes Gefühl. Die Basis dieses Gefühls sind nozizeptive und propriozeptive Wahrnehmungen, die von der Erwartung abweichen. Der Leidensdruck wird durch das Fehlen einer Möglichkeit, das Gefühl selbst zu beeinflussen, verstärkt. Weitere verstärkende Faktoren sind die Abweichung der Eigenwahrnehmung von den angebotenen Erklärungsmodellen und die damit verbundene Entfremdung und Vereinsamung, der Kontrollverlust durch passivisierende Maßnahmen und nicht zuletzt die voneinander abweichenden Zielvorstellungen und Erwartungen der Beteiligten.

Als Dienstleister ergibt sich daraus für uns nun folgendes Anforderungsprofil für eine Behandlungsmethode:

1. Unsere Herangehensweise soll zunächst auf die Eigenwahrnehmung des Patienten konzentriert sein.

2. Unser Erklärungsmodell soll so gestaltet sein, dass es dieser Eigenwahrnehmung folgen kann. Das verhindert die Entfremdung bzw. fördert das Verstehen und Angenommenwerden und reduziert alleine dadurch bereits einen Teil des Leidensdruckes.
3. Wir sollten das Problem durch ein geeignetes Erklärungsmodell aus der unerreichbaren Tiefe an die Oberfläche holen, wo es meist auch vom Patienten angesiedelt wird. Das wiederum erlaubt dann eine Behandlung von außen.
4. Das Erklärungsmodell sollte in der Lage sein, die nozizeptiven und propriozeptiven Eindrücke des Patienten zu erklären und gleichzeitig Möglichkeiten eröffnen, Nozizeption und Propriozeption zu normalisieren.
5. Alle gesetzten Maßnahmen sollen vom Patienten so wahrgenommen werden, dass er sich dadurch nicht fremdbestimmt fühlt, das führt im Idealfall zur Wiedererlangung der Hoheit über das eigene Leben.
6. Nicht zuletzt sollen mit dem Patienten gemeinsam Ziele definiert werden, deren Erreichen für beide transparent überprüfbar ist.

Das Faszienmodell

Damit sind wir beim Faszienmodell nach Typaldos (FDM). Das FDM ist ein anatomisches Modell, in dem Beschwerden als eine oder mehrere von sechs spezifischen Distorsionen (Verformungen) der Faszie verstanden werden. Da die Faszie der Sitz von Nozizeption und Propriozeption ist und die Mehrzahl dieser Rezeptoren Mechanorezeptoren sind, die also Verformungen messen, erscheint der Zugang über Verformungen der Faszie und deren Rückformung plausibel. Der Begriff Typaldos Methode beschreibt das Beheben von Faszienmittels geeigneter Handgriffe oder der Zuhilfenahme von einfachen Werkzeugen, die in bestimmten Funktionen der Hand überlegen sein können (z. B. Schröpfköpfe). Die Typaldos Methode beruht zur Gänze auf dem FDM. Es sind aber aus der Sicht des FDM auch andere Methoden zur Behebung von Faszienmittels denkbar, etwa chirurgische oder pharmazeutische. Dieser Artikel bezieht sich ausschließlich auf die Typaldos Methode.

In der Typaldos Methode wird die Diagnose (also eine oder mehrere der sechs derzeit bekannten Faszienmittels) auf der Basis folgender Befunde gestellt:

1. Verbale und nonverbale subjektive Beschreibung der Beschwerden durch den Patienten. Die nonverbale Beschreibung ist in besonderem Maße hilfreich. Hier werden reproduzierbare Gesten der Patienten, die die Patienten unbewusst zur Beschreibung ihrer Beschwerden verwenden, interpretiert.
2. Objektive Befunde wie Schwellung oder Bewegungseinschränkung oder das Auslösen von Druckschmerz.
3. Entstehungsmechanismus, soweit ein solcher für den Patienten erinnerlich ist.

Palpation wird zur exakten Lokalisierung der Beschwerden und zur Optimierung der Kräfte im Rahmen der manuellen Behandlung eingesetzt, aber nicht als eigenständiges Diagnostikum. Der Grund für den geringen Stellenwert der Palpation in der Typaldos Methode ist nicht dogmatischer Natur, sondern beruht auf der geringen inter-rater reliability dieser Maßnahme.

Historische Entwicklung

Das Faszienmittelsmodell wurde in den frühen 1990er-Jahren vom Osteopathen Stephen P. Typaldos D. O. im Journal der American Osteopathic Association publiziert [1]. Es handelte sich dabei um ein völlig eigenständiges und neuartiges Konzept zur Interpretation von Beschwerden. Mehr aus Mangel an Alternativen, bzw. auf Grund seiner Biografie (Typaldos verfügte über eine fast fertige Ausbildung zum Chiropraktiker, als er aus innerer Überzeugung ein Osteopathiestudium begann), bediente sich Typaldos zur Korrektur von Faszienmittels, den zentralen Pathologien des Faszienmittelsmodells, manueller Techniken. So entstanden nach und nach Handgriffe, die sich bei der Behandlung von Faszienmittels als hilfreich erwiesen. 1996 hatte Typaldos das FDM soweit ausformuliert und lehrbar gemacht, dass er sein erstes Buch darüber publizierte.

Man muss dabei immer im Auge behalten, dass der Begriff „Faszie“ in diesen Jahren nur einen kleinen Kreis von Einzelgängern weltweit interessierte. Selbst innerhalb der Osteopathie interessierte sich zu der Zeit kaum jemand für dieses Gewebe. In vielen medizinischen Lehrbüchern fehlt der Begriff bis heute.

1996 wurde Typaldos für ein Wochenendseminar nach Wien an die Wiener Schule für Osteopathie eingeladen. Das war die erste über eine kurze Präsentation hinausgehende FDM Lehrveranstaltung der Geschichte. Bis 2001

folgten einige Seminare in Österreich, Frankreich und Deutschland. Das Deutsche Fortbildungszentrum Osteopathie in Neutraubling war die erste und einzige Stätte in Deutschland, an der Stephen Typaldos bis zu seinem Tod 2006 lehrte. Als sich 2001 in den USA eine Angst vor Terroranschlägen und Angst vor Flugreisen im Allgemeinen bemerkbar machte, beauftragte Typaldos seinen Schüler und Freund Georg Harrer (einer der Autoren dieses Artikels), für ihn die Kurse in Europa zu halten. In der Folge verbreitete sich das FDM im deutschen Sprachraum rascher als in den Jahren davor.

Erweiterung des FDM in neue Bereiche von Beschwerdebildern

Sowohl in der Außenwahrnehmung als auch in FDM-Lehrbüchern und Kursen wurde das FDM stets als Behandlungsverfahren für Beschwerden des „Bewegungsapparates“ gesehen. Dem entgegen steht eine Erzählung Typaldos in der eine Mutter ihn bat, ihre Tochter wegen einer Nierenkolik zu behandeln. Die Patientin stand bereits seit Wochen in stationärer urologischer Behandlung in einem Krankenhaus. Dr. Typaldos bestand darauf, dass er nicht wüsste, wie man einen Nierenstein anders behandeln könne, als die Urologen dies ohnehin täten und lehnte die Behandlung ab. Das FDM sei nicht geeignet solche Beschwerden zu behandeln. Dennoch brachte die Mutter aus Verzweiflung über den mangelnden Behandlungsfortschritt und den schlechten Zustand ihrer Tochter diese aus dem Krankenhaus zu Typaldos in seine Praxis. Typaldos, beeindruckt von der Beharrlichkeit der Frau, stellte sich der Aufgabe und arbeitete streng nach den Prinzipien des FDM. Er fand Faszienmittels, behandelte diese mit manuellen Techniken und nach einer kurzen Behandlung war die Patientin zu Typaldos eigener Verblüffung fast beschwerdefrei. In der Folge ging der Nierenstein komplikationslos ab. Typaldos schloss daraus, dass er zwar das FDM entwickelt hatte, es ihm aber bereits überlegen war. Das bedeutet, die Prinzipien lassen sich stets anwenden, auch wenn der Anwender selbst das Outcome der Überlegungen nicht kennt und auf diesem Gebiet über kein spezielles Wissen verfügt.

Aus diesem Fallbeispiel ergibt sich nach Ansicht der Autoren dieses Artikels der Auftrag, sich dem Leidensdruck der Patienten zu stellen, auch wenn man für die speziellen Beschwerden keine konkrete Behandlungsanleitung aus den absolvierten FDM Kursen mitbringt.

Angst und Panik aus der Sicht des FDM

Die Autoren gehen davon aus, dass alle Leser sich ihrer individuellen Limitierungen durch ihren beruflichen Status bewusst sind, und dass gefährliche und/oder durch andere Konzepte erfolgreich behandelbare Ursachen im Vorfeld ausgeschlossen werden. Für die praktische Umsetzung ist ein Basiswissen über das FDM sowie eine solide Ausbildung in den Techniken der Typaldos Methode Voraussetzung. Dieser Artikel stellt die Anwendungsmöglichkeiten vor und ist nicht als Lehrbuch zu verstehen.

In der Folge wird die Anwendung der Typaldos Methode bei Angst, Panik und ähnlichen Beschwerdebildern anhand von Fallbeispielen aus der Praxis erläutert.

Fallbeispiel 1: Rückenschmerzen plus weitere Beschwerden

Eine junge Frau Mitte 20 kommt zum ersten Mal in die Praxis. Sie klagt über Rückenschmerzen, die bereits seit zwei Jahren immer wiederkehren. Sie hat in letzter Zeit bemerkt, dass sie neben ihren bekannten Rückenschmerzen mit anderen Problemen konfrontiert ist. Sie sagt, sie habe auch Herzrasen, innere Unruhe, Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Panikattacken und das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Sie vermutet einen Zusammenhang dieser Beschwerden, da sie zeitgleich auftreten. In den bisherigen Untersuchungen konnte man ihr den Zusammenhang dieser Problematik nicht erklären. Sie gilt als körperlich gesund. Sie erhofft sich durch die FDM Behandlung eine Hilfestellung bei ihren Rückenschmerzen.

Eine Woche nach der ersten Behandlung kommt die Patientin wieder in die Praxis. Sie berichtet, dass die Rückenschmerzen noch etwas vorhanden wären. Sie hatte jedoch keine anderen Beschwerden mehr, was sie sehr verwundert. Das Herzrasen und die innere Unruhe sowie alle anderen Sensationen wären komplett verschwunden. Nach dieser überaus positiven Rückmeldung widmen wir uns wieder ihren Rückenschmerzen. Anschließend ist sie überglücklich und meint, der Rücken fühle sich an wie „neu“.

Da sich in der Diagnostik nach dem FDM eindeutig Distorsionen zuordnen ließen, konnte man mit den geschulten Handgriffen nach der Typaldos Methode zielgerichtet behandeln. Das Verständnis für die Problematik begründete sich in der Interpretation als Faszien-distorsionen.

Körperliche Beschwerden

Patienten schildern immer wieder körperliche Phänomene. Im Gespräch beschreiben sie z. B. Engegefühl, Herzrasen oder bedrohliche Schmerzen. Dies führt zu zahlreichen Untersuchungen, wobei die Beschwerden im Verlauf häufig nicht eindeutig einer Kausalität zugeordnet werden können. Dies ist für das therapeutische System oft nicht schlüssig und nicht begründbar. So ist die Gefahr groß, dass das eigentliche Problem zerredet wird. Therapeuten und Patienten haben das Gefühl, einander nicht zu verstehen, obwohl beide eine Verbesserung anstreben. Somit bleibt damit oft nur eine Zuordnung zu einem psychischen Problem, dies aber eher auf Grund der vorherigen Misserfolge als auf Grund einer naheliegenden oder beweisbaren Kausalität.

Gefühle

Neben Schmerzen haben wir verschiedene andere Gefühle, die wir spüren können. Diese können negativ oder positiv bewertet werden. Gefühle werden erlebt, auf körperlicher Ebene gespürt und beeinflussen unser Verhalten und unsere Stimmung. Wenn Menschen über ihre Probleme und den daraus folgenden Gefühlen sprechen, benutzen diese abgesehen von ihren Worten auch Handzeichen (Gesten). Sie beschreiben mit ihren Händen ihre Wahrnehmungen und drücken ihre Emotionen aus. Diese Informationen kann man mit den Beschreibungen von Schmerz und Bewegungseinschränkungen im FDM vergleichen. Dies ermöglicht eine Interpretation der Beschwerden als Faszien-distorsionen.

Angst

Das Erleben von Angst ist ein bekanntes und in gefährlichen Situationen angebrachtes Gefühl. Das Angstempfinden wird uns normalerweise in Situationen bewusst, in welchen wir uns bedroht fühlen. Als „krankhafte Ängste“ werden jene Ängste nach der ICD-10 [2] verstanden, welche einerseits bei den Angststörungen, wie bei den phobischen Störungen, bei der Panikattacke und bei der generalisierten Angststörung auftreten können, andererseits aber Teil anderer psychiatrischen Erkrankungen wie bei einer Schizophrenie oder Depression sein können. Krankhafte Ängste können auch Teil anderer Erkrankungen sein, wie bei internistischen und respiratorischen Beschwerdebildern. Hier sei die Schilddrüsenüberfunktion, Herzrhythmusstörungen oder COPD zu nennen [3].

Die Panikattacke belastet die Betroffenen unerwartet und tritt überraschend ohne

einen sichtlichen Grund auf. Die generalisierte Angststörung ist durch wechselnde Ängste charakterisiert. Vor allem werden Sorgen geschildert, wobei eine andauernde Angst gespürt wird und Verspannungen bis hin zu Schmerzen beschrieben werden. Im medizinischen Alltag wird diese besondere Form der Angststörung schwer erkannt, da die Vorstellung aufgrund der körperlichen Probleme erfolgt. Dies führt zu zahlreichen Abklärungen, sodass die Sorgen nicht abnehmen, sondern die Unklarheit des Krankheitsbildes mit der Zeit verstärken.

Beide Krankheitsbilder, Panikstörung und generalisierte Angststörung, treten *situations- und objektunabhängig* auf. Anders als bei den gerichteten Ängsten, den Phobien, bei denen die Angstreaktion nur in der Situation auftritt, wie die Angst vor Schlangen nur angesichts einer Schlange auftritt. Dem gegenüber sind bei der Panikattacke und bei den generalisierten Angststörungen die Ursachen oft nicht zuordenbar.

Allgemeine Angstsymptome

Für ein besseres Verständnis sollen die Symptome nach ICD-10 angegeben werden. Angstsymptome werden in Teilbereiche unterteilt und sind letztendlich sehr vielfältig. Es sind nun die Hauptkriterien der Symptome angeführt.

- **Vegetative Symptome:**
Herzklopfen, Schweißausbrüche, Tremor, Mundtrockenheit
- **Symptome Thorax und Abdomen:**
Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Thoraxschmerzen und Thoraxmissempfindungen, Übelkeit oder abdominale Missempfindungen (Kribbeln im Bauch)
- **Allgemeine Symptome:**
Hitzewallungen oder Kälteschauer, Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühl
- **Symptome der Anspannung:**
Muskelverspannungen, akute und chronische Schmerzen, Ruhelosigkeit und Unfähigkeit sich zu entspannen, Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden
- **Unspezifische Beschwerden:**
Übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder erschreckt zu werden, Konzentrationschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst, Einschlafstörungen wegen der Besorgnis
- **Psychische Symptome:**
Gefühl von Schwindel, Unsicherheit und Schwäche (Derealisation); Gefühl, dass Objekte unwirklich sind (Depersonalisation); Man selbst ist weit entfernt, Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden; Angst zu sterben

Beobachtung

In der Begegnung mit dem Patienten wird im FDM das Ziel verfolgt, so neutral wie möglich die Haltung der vollkommenen Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten zu erreichen. Wir wollen zuhören, beobachten und lösen uns, wenn umsetzbar, von eigenen Erfahrungen, möglichen Vorurteilen und dem unmittelbaren Kausalitätsdenken. Wenn sich ein geschulter FDM-Therapeut mit diesen zuvor geschilderten Symptomen auseinandersetzt, fällt auf, dass die Beschwerdebilder aus dem ICD-10 diagnostisch Faszienstörungen zuordenbar werden.

Nicht nur die geschilderten „körperlichen Symptome“ kann man nach dem FDM eindeutig Faszienstörungen zuordnen, sondern auch die „psychischen Symptome“ sind interpretierbar. Das Gefühl von Schwindel wird mit den Händen oft wischend im Kopfbereich beschrieben. Die verbale Beschreibung wird seitens der Betroffenen oft mit dem Gefühl „irgendwo“ da drinnen kommentiert. Das Schwindelgefühl ist wechselnd und es verunsichert die Personen, dass die Beschwerden immer wieder wechseln.

So ergibt sich etwa eine Zylinderdistorsion (eine der sechs derzeit bekannten Faszienstörungen des FDM) als Arbeitsauftrag. Die epigastrischen Beschwerden sind z. B. einem hernierten Triggerpunkt (eine weitere

der sechs Faszienstörungen) zuordenbar, wobei auch die anderen Faszienstörungen bei entsprechenden Beschwerden als Diagnosen in Frage kommen. Werden diese Faszienstörungen erfolgreich behandelt, kommt es zu einer sofortigen Verbesserung der subjektiven Beschwerden. Die Betroffenen betonen oft während der Behandlung, dass sich das richtig anfühlt.

Musterdurchbrechung

Angstempfinden wird vor allem körperlich wahrgenommen. Bleibt man dem FDM-Denken und der Haltung treu, ergibt sich im Erstkontakt nicht die Frage nach einer Diagnose. Die Patienten werden zunächst nicht in Kategorien eingeordnet und in Schubladen gesteckt, sondern man begegnet dem Patienten möglichst „neutral“. Beschwerden können somit unmittelbar auf körperlicher Ebene begrifflich gemacht werden. Erst in weiteren diagnostischen Schritten werden diese Beschwerden nach dem FDM analysiert und einzelnen Störungen zugeordnet.

Fallbeispiel 2: Panikattacke

Als Beispiel nehmen wir einen Patienten, der mit Verdacht auf Herzinfarkt am Wochenende in die Notaufnahme der Klinik kommt. Er ist 49 Jahre alt, beruflich selbstständig, Familienvater und Unternehmer und klagt über Brustschmerzen. Als er endlich im Krankenhaus ankommt, ist er kurzfristig erleichtert. Die Zeit seit Beginn der heftigen Schmerzen bis zum Eintreffen in der Notaufnahme hat sich für ihn wie eine Ewigkeit angefühlt. Er berichtet von Brustschmerzen, hat Angst zu sterben und sagt auch, dass er stark schwitze. Während der Untersuchung beschreibt er den Schmerz in der Brust folgendermaßen: „Es ist als würde mich ein Speer durchstoßen, alles zieht, es engt meine Brust ein und ich kann kaum atmen. Mein Herz klopft wie wild, ich spüre jeden Schlag, es stolpert. Der gesamte Brustkorb schmerzt, ebenso spüre ich in meinem Oberbauch ein eigenartiges Gefühl. Eine Art Unruhegefühl ist in meinem Magen!“ Zuletzt sagt der Patient, dass hinten in der Brustwirbelsäule etwas stecken würde.

Das Team in der Ambulanz arbeitet gewissenhaft und teilt nach EKG, Labor und Thorax-CT mit, dass alles in Ordnung und nichts Abnormales gefunden worden sei. In der Zwischenzeit wurde dem Patienten ein Schmerzmittel verabreicht. Gegen Ende der Behandlung erhält er ein Entspannungsmittel.

Alles wird für ihn auf einmal etwas leichter und er verspürt Müdigkeit. Nun kommt die diensthabende Oberärztin und informiert den Betroffenen. Mit ruhiger Stimme teilt sie ihm mit, dass es nur eine Panikattacke sei und kein Herzinfarkt.

Interpretation

Wir betonen an dieser Stelle, dass wir keinerlei Kritik am Vorgehen des Teams der Notaufnahme in diesem Fallbeispiel üben. Es geht uns um das Beschreiben einer alltäglichen Situation in diesem vorgegebenen Setting. Wir gehen von der besten Absicht aller Beteiligten aus.

Es erscheint uns wichtig, hier festzuhalten, dass der Patient die Notaufnahme nicht wegen einer Panikattacke aufsucht, er tut dies wegen Schmerzen in der Brust, Engegefühl, Todesangst und Schwitzen. Er verlässt die Notaufnahme aber mit der Diagnose Panikattacke und dem Auftrag, das Auftreten der Angst bei erneutem Auftreten von Engegefühl, Schwitzen und Brustschmerz mit der kognitiven Information „alle Befunde unauffällig“ zu verhindern. Ein Auftrag, der selten gelingt. Der Patient hat durch den Umstand, dass der durch zwei Medikamente eine subjektive Linderung seiner Beschwerden erfahren hat, dennoch nicht den Eindruck einer kausalen Therapie, da er zwischen den eher unspezifischen Medikamenten und seinen Beschwerden keine Kausalität herstellen kann.

Wenn hier das Verständnis für Faszienverformungen und deren Auswirkung vorhanden wäre, könnte man sofort – sogar während des panischen Erlebens – körperlich behandeln, denn sämtliche geschilderten Beschwerden sind in der FDM Diagnostik zuordenbar. Angst und Schmerz stehen eng miteinander in Verbindung, dass Gefühle und Wahrnehmungen einen körperlichen Zusammenhang haben, ist nichts Neues. Es scheint aber für uns als Autoren, dass im Erleben von Angst das körperliche Korrelat dominiert. Der Unterschied besteht für uns im Vergleich zu anderen Körpertherapien in der Tatsache, dass Angst differenziert begrifflich wird. Sie kann dadurch, wie der Patient seine Empfindungen und Wahrnehmungen beschreibt, konkreten Diagnosen zugeordnet werden, die in der Folge zu sehr unterschiedlichen Techniken führen. Auch sind die Ziele der Akteure in diesem Beispiel sehr unterschiedlich und haben nur in der Reduktion der Schmerzen eine kleine Schnittmenge. Für das Team der Notaufnahme ist der Abschluss eines Myokardinfarktes oder einer Pulmonalembolie das Ziel. Die Schmerztherapie wird nur „nebenbei“ angeboten, weil



Dr. Georg Harrer

Der gebürtige Wiener Dr. Georg Harrer begann nach seiner Ausbildung zum Masseur ein Medizinstudium mit Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde an der Universität Wien. Während seiner Ausbildung zum Osteopathen an der Wiener Internationalen Schule für Osteopathie kommt er 1997 erstmals in Kontakt mit dem FDM und Dr. Stephen Typaldos, mit dem sich eine enge Zusammenarbeit entwickelte. Dr. Georg Harrer ist in seiner auf das Faszienstörungenmodell spezialisierten Praxis in Wien tätig.

Kontakt:

office@typaldos-seminar.at
www.typaldos-seminar.at

man sich an sich zuständig fühlt und einen Handlungsimperativ verspürt. Hätte der Patient Zahnschmerzen, würde er diese Schmerztherapie mangels Zuständigkeit vermutlich nicht erhalten. Bezüglich der Ziele des Patienten können wir nur mutmaßen, er wurde zu keinem Zeitpunkt danach gefragt.

Behandlung mit FDM

Mit dem Faszienstorsionsmodell gewinnen wir einen effizienten, therapeutischen Einfluss als unmittelbare Hilfestellung bei akuten Beschwerden von Angst bis Panikattacken. Es bedeutet eine sinnvolle zusätzliche Option neben oder statt Medikamenten, Psychoedukation, Entspannungsübungen und



Dr. Mario
Maleschitz

Dr. med. univ. Mario Maleschitz ist Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Allgemeinmediziner mit Diplom für spezielle Schmerztherapie, geprüfter Körpertherapeut nach dem Faszienstorsionsmodell (FDM), allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Gutachter.

Kontakt:

ordination@hilfebeischmerz.at
www.hilfebeischmerz.at



Georg Grasser

Seit 1996 ist Georg Grasser in eigener Praxis tätig. Er verfügt über eine Ausbildung in Akupunkturmassage nach Penzel, manueller Therapie, Sportphysiotherapie und medizinischer Trainingstherapie bei DGMM und Eden Reha Donaustauf.

Kontakt:

info@georggrasser.de
www.georggrasser.de

Gesprächstherapie. So wird in der Therapie der körperlichen Wahrnehmung der Angst direkt begegnet und dadurch eine bessere Therapeuten-Patienten-Beziehung erreicht. Die Betrachtung durch das FDM erlaubt auch gemeinsam mit dem Patienten einen gezielten Einsatz von positiven Ressourcen (z. B. Yoga, Massage etc.) zu erarbeiten, die in der Folge den Patienten in die Lage versetzen, seinen Faszienstorsionen gezielt selbst entgegenzuwirken um etwa einem erneuten Auftreten der Beschwerden vorzubeugen. Damit wird er vom Objekt wieder zum Subjekt.

Es ließe sich daraus ableiten, dass alle Leidenden die Lösung ihrer Probleme in sich trügen und sie daher grundsätzlich keine geschulten Therapeuten benötigten. Dem steht aber die Realität gegenüber, dass wir es in der Praxis offensichtlich mit denen zu tun haben, bei denen diese angeborenen Ansätze zur Selbstbehandlung für die gegebene Situation offensichtlich nicht ausreichend waren. Das schließt nicht aus, dass andere Menschen diese Fähigkeit in ausreichendem Maße besitzen und uns daher nicht aufsuchen. Das FDM erlaubt es dem geschulten Therapeuten jedoch auch die Menschen, die unsere Zielgruppe darstellen, in die Lage zu versetzen, ihre Ressourcen zielgerichtet zur Linderung ihres Leidensdruckes einzusetzen.

Ausblick in die Zukunft

Was haben die ehemaligen klassischen psychosomatischen Erkrankungen wie Neurodermitis, Magenulcus, Asthma bronchiale und Colitis ulcerosa gemeinsam? Diese Erkrankungen wurden [3] lange als ein primär psychologisches Problem angesehen, da die Beschwerdeproblematik unklar war. Heute werden diese Erkrankungen nicht mehr in den psychiatrischen Erkrankungen definiert, sondern werden den körperlichen Erkrankungen zugeordnet.

Wenn wir nun den Patienten mit einer Sichtweise wie einem zusätzlichen erweiterten Verständnis der Faszienstorsionen begegnen, werden ihre Symptome vor allem für den Therapeuten verständlich und begreifbar. Es ermöglicht Klarheit für den Therapeuten und ein viel besseres Verständnis für die geschilderten und gezeigten Beschwerden der Betroffenen. Diese Klarheit führt zu einer besseren Therapeut-Patienten-Beziehung. Bei vielen unspezifischen Beschwerden, die somatisch nicht zuordenbar sind, etabliert sich das Verständnis für eine tatsächlich körperliche Ursache.

Noch wichtiger ist, dass viele dieser Beschwerden überhaupt zuordenbar werden. So kann beispielsweise einem Kloßgefühl in der Halsregion einer bestimmten Faszienstorsion zugeordnet werden. Ebenso kann man das Beklemmungsgefühl während einer Panikattacke sinnvoll diagnostizieren und im Einvernehmen mit dem Patienten behandeln. Das Problem wird begreifbar und wirkt nicht mehr unerreichbar. Was noch wichtiger ist: Patienten fühlen sich besser verstanden und kommen leichter – oder wieder – in die Handlungsebene. Unerklärliche Beschwerden werden erklärbar, wenn man sie als Faszienstorsionen versteht. ■

Anmerkung: Die Autoren haben sich aus Gründen der Lesbarkeit des Textes zur Verwendung des männlichen Geschlechtes entschieden, beziehen aber alle Inhalte selbstverständlich in gleichem Ausmaß auf das weibliche Geschlecht.

Keywords: Faszien, Faszienstorsionsmodell, Typaldos FDM, Schmerzen, Osteopathie

Tipp für BVO-Mitglieder: Diesen Fachartikel lesen, Wissen erwerben und Fortbildungspunkte sammeln!

Literaturhinweis

- [1] Typaldos P. S., *Introducing the Fascial Distortion Model, American Academy of Osteopathy (AAO) Journal*, Vol. 4, No. 2, Summer 1994: 14-18, 30-36. (Reprinted in UK) *The Osteopath*, Vol. 1, No. 2, Spring 1995; Typaldos P. S., *Triggerband Technique, AAO Journal*, Vol. 4, No. 4, Winter 1994: 15-18, 30-33. (Reprinted in UK) *The Osteopath*, Vol. 1, No. 3, Summer 1995; Typaldos P. S., *Continuum Technique, AAO Journal*, Vol. 5, No. 2, Summer 1995: 15-19. (Reprinted in UK) *The Osteopath*, Vol. 1, No. 4, Autumn 1995.
- [2] *Taschenführer zur ICD 10-Klassifikation psychischer Störungen*; Verlag Huber Hans
- [3] *Psychiatrie und Psychotherapie compact – Das gesamte Facharztwissen*; Siegfried Kasper und Hans-Peter Volz (Hrsg.); 3. überarbeitete Aufl., Thieme: S. 158 – 174.
- Weiterführende Literatur:
- [4] Maleschitz M., Grasser G., *Schmerz Angst Panik Burnout Verstehen, BoD Books on Demand, ISBN-13 : 978-3751991049*
- [5] Harrer G., Capistrant T., *The Fascial Distortion Model, Handspring Publications*