

Stefan Anker

Typaldos- Methode

Fasziendistorsionsmodell in der klinischen
Praxis

European
Fascial Distortion Model
Association

EFDMA Curriculum

MOREMEDIA



Springer

Typaldos-Methode

Stefan Anker

Typaldos-Methode

Fasziendistorsionsmodell in der
klinischen Praxis

 Springer

Stefan Anker
Wien, Österreich

ISBN 978-3-662-65176-6 ISBN 978-3-662-65177-3 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-65177-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: DeBlik, Berlin

Planung/Lektorat: Eva-Maria Kania

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Medizinischer Haftungsausschluss

Die im vorliegenden Lehrbuch dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der Information und Weiterbildung. Sie stellen keine Empfehlung oder Bewerbung der beschriebenen oder erwähnten diagnostischen Methoden, Behandlungen oder Arzneimittel dar. Der Text erhebt weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch kann die Aktualität, Richtigkeit und Ausgewogenheit der dargebotenen Information garantiert werden. Der Text ersetzt keinesfalls die fachliche Beratung durch Ärzt*innen oder Therapeut*innen. Von fachlich nicht geschultem Personal darf der Text weder als Grundlage einer eigenständigen Diagnose noch als Begründung für Beginn, Änderung oder Beendigung einer Behandlung von Krankheiten verwendet werden. Konsultieren Sie bei gesundheitlichen Fragen oder Beschwerden immer Ärzt*innen oder Therapeut*innen Ihres Vertrauens!

Geschlechtergerechte Sprache

Das vorliegende Lehrbuch realisiert eine geschlechtergerechte Sprache, indem bei Bezeichnungen von Menschen im Singular Geschlechter pro Kapitel abgewechselt und verschieden kombiniert werden. Im Plural inkludiert die Schreibweise in allen Kapiteln gleichermaßen alle Geschlechter.

Danksagung

Der Entschluss, ein Lehrbuch zum Faszien-distorsionsmodell und zur Typaldos-Methode zu schreiben, ist im Jahr 2020 am Beginn der Corona-Virus-Pandemie gefallen. Dieses Ereignis bescherte mir die notwendige Zeit, meine Erfahrung als FDM-Instruktor und Therapeut zu rekapitulieren. Nach zwei Jahren intensiver Beschäftigung ist es Zeit, sich bei all denjenigen zu bedanken, die am Gelingen dieses Buchs beteiligt waren.

Dank an

Melinda, für die Unterstützung in allen Phasen dieses Projekts, von der Klärung inhaltlicher Fragen bis zur Bildgestaltung und darüber hinaus,

Keisuke Tanaka FDM.O, Christoph Rossmay D.O, Marjorie Kasten und Dr. med. Georg Harrer, die mir als Wegbegleiter von Stephen Typaldos seine Konzepte in allen Facetten vermittelt haben,

Andreas Görg für das Lektorat und die erfrischende Zusammenarbeit,

Jan Maan für seinen Einsatz für die Abbildungen im Buch,

Herbert Flieder für die Produktion der Fotos,

Angelika, Magdalena und Christoph, die der Distorsionsbehandlung ein Gesicht gegeben haben,

Petra Fraberger und Dr. med. Lukas Trimmel für ihr fachliches Feedback und

allen meinen Patient*innen, Kursteilnehmer*innen und Kolleg*innen, durch die ich mein Wissen über die Jahre hinweg vertiefen konnte.

Bei der Arbeit mit diesem Buch und bei der Anwendung des Faszien-distorsionsmodells und der Typaldos-Methode wünsche ich Ihnen viel Freude und viel positives Feedback seitens Ihrer Patient*innen.

Wien, März 2022

Stefan Anker

Inhaltsverzeichnis

Teil I Das Faszien­distor­si­ons­mo­dell: Die theo­re­ti­schen Grund­la­gen der Typal­dos-Me­tho­de

1 Faszien­distor­si­ons­mo­dell (FDM)	5
1.1 Typal­dos Sicht der Ana­to­mie	6
1.1.1 Faszien­de­fi­ni­ti­on von Typal­dos	7
1.1.1.1 Ak­tu­eller Wis­sen­stands­stand	8
1.1.1.2 Faszien und Bin­de­ge­we­be	8
1.1.2 Vier Faszien­ty­pen	10
1.1.2.1 Wis­sen­schaf­ft­li­che Betrach­tung der Faszien­ty­pen	12
1.1.3 Mo­dell der fas­zia­len Kon­ti­nui­tät	13
1.1.3.1 Ana­to­mie und Archi­tek­tur der Faszie	14
1.1.4 Kon­ti­nui­tät-Theo­rie	15
1.1.4.1 Fas­zia­le Plas­ti­zi­tät	16
1.2 Dis­tor­si­o­nen der Fas­zien	18
1.2.1 Ent­de­ckung der Faszien­dis­tor­si­o­nen	18
1.2.2 De­for­mie­rung ver­sus Des­truk­ti­on	20
1.2.3 Schmerz und Funk­ti­ons­ein­sch­rän­kung aus Sicht des Faszien­dis­tor­si­ons­mo­dells	20
1.2.4 Aus­wir­kun­gen von Faszien­dis­tor­si­o­nen	21
1.2.5 Prä­ven­ti­on von Faszien­dis­tor­si­o­nen	22
1.3 Ein Mo­dell für die klini­sche Pra­xis	23
1.3.1 Mo­dell der Faszien­dis­tor­si­o­nen	23
1.3.2 An­wen­dungs­be­rei­che des Faszien­dis­tor­si­ons­mo­dells	24
Lite­ra­tur	25
2 Sechs Faszien­dis­tor­si­o­nen	29
2.1 Tri­gger­bän­der (TB – Tri­gger­band)	29
2.1.1 Ent­stehung von Tri­gger­bän­dern	29
2.1.2 Sub­jek­ti­ve Be­schwer­den bei Tri­gger­bän­dern	33

2.1.3	Objektivierbare Befunde bei Triggerbändern.....	34
2.1.4	Körpersprache bei Triggerbändern.....	35
2.1.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	36
2.2	Hernien-Triggerpunkte (HTP – Herniated Triggerpoint).....	36
2.2.1	Entstehung von Hernien-Triggerpunkten.....	37
2.2.1.1	Arten von Hernien-Triggerpunkten.....	38
2.2.2	Subjektive Beschwerden bei Hernien- Triggerpunkten.....	39
2.2.3	Objektivierbare Befunde bei Hernien- Triggerpunkten.....	40
2.2.4	Körpersprache bei Hernien-Triggerpunkten.....	40
2.2.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	40
2.3	Kontinuum-Distorsionen (CD – Continuum Distortion).....	41
2.3.1	Entstehung von Kontinuum-Distorsionen.....	42
2.3.2	Subjektive Beschwerden bei Kontinuum-Distorsionen.....	43
2.3.3	Objektivierbare Befunde bei Kontinuum-Distorsionen.....	44
2.3.4	Körpersprache bei Kontinuum-Distorsionen.....	44
2.3.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	45
2.4	Faltdistorsionen (FD – Folding distortion).....	45
2.4.1	Entstehung von Faltdistorsionen.....	45
2.4.2	Subjektive Beschwerden bei Faltdistorsionen.....	48
2.4.3	Objektivierbare Befunde bei Faltdistorsionen.....	49
2.4.4	Körpersprache bei Faltdistorsionen.....	49
2.4.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	50
2.5	Zylinderdistorsionen (CyD – Cylinder Distortion).....	51
2.5.1	Entstehung von Zylinderdistorsionen.....	51
2.5.2	Subjektive Beschwerden bei Zylinderdistorsionen...	53
2.5.3	Objektivierbare Befunde bei Zylinderdistorsionen...	54
2.5.4	Körpersprache bei Zylinderdistorsionen.....	54
2.5.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	55
2.6	Tektonische Fixierungen (TF – Tectonic Fixation).....	55
2.6.1	Entstehungsmechanismus von Tektonischen Fixierungen.....	55
2.6.2	Subjektive Beschwerden bei Tektonischen Fixierungen.....	57
2.6.3	Objektivierbare Befunde bei Tektonischen Fixierungen.....	57
2.6.4	Körpersprache bei Tektonischen Fixierungen.....	58
2.6.5	Zusammenfassung und Beispiele.....	58
3	Diagnose der Faszien­distorsionen.....	59
3.1	Entstehungsmechanismus.....	61
3.1.1	Ursachen von Faszien­distorsionen.....	62
3.1.2	Arten der Distorsionsentwicklung.....	62

3.1.3	Weiterentwicklung der Distorsionen und Verlauf der Symptome	65
3.1.4	Bedeutung des Entstehungsmechanismus für die Behandlung.	66
3.2	Subjektive Beschwerden der Patient*innen	66
3.2.1	Fasziendistorsionen und ihre Symptome	67
3.2.2	Fasziendistorsionen und Schmerzen	67
3.2.3	Fasziendistorsionen als Ursache für Funktionseinschränkungen	69
3.2.4	Entwicklung und Reaktion von Symptomen	69
3.3	Objektivierbare Befunde	70
3.3.1	Aktive Bewegungsprüfung	70
3.3.1.1	Wichtige Testbewegungen	71
3.3.1.2	Beurteilungskriterien bei der Bewegungsprüfung	73
3.3.2	Sichtbefund über die Beschwerderegion	73
3.3.3	Tastbefund über die Beschwerderegion	73
3.3.4	Schmerzprovokation.	74
3.3.5	Bildgebende Verfahren und Laborbefunde.	74
3.4	Interpretation der Körpersprache	75
3.4.1	Körpersprache und Propriozeption.	76
3.4.2	Gestenvokabular des Fasziendistorsionsmodells	76
3.4.3	Praxis der Interpretation der Körpersprache	77
3.4.4	Lokalisierung von Fasziendistorsionen durch die Körpersprache	79
3.4.5	Anpassung der Behandlung aufgrund der Körpersprache	79
3.5	Rolle der Patient*innen	81
3.5.1	Patient*innen als Expert*innen für ihre Beschwerden	81
3.5.2	Definition des Behandlungsziels	82
3.5.3	Beurteilung des Therapieerfolgs	83
	Literatur	83

Teil II Die Behandlung von Fasziendistorsionen

4	Typaldos-Methode.	87
4.1	Indikationen und Kontraindikationen.	87
4.2	Ablauf von Diagnose und Behandlung von Fasziendistorsionen	90
4.3	Qualitäten der Behandlungstechniken	92
4.3.1	Präzision und Kraft.	92
4.3.2	Schmerz bei der Behandlung von Fasziendistorsionen	92
4.3.3	Durchführung der Behandlungstechniken	95
4.3.4	Anpassung der Behandlungstechniken.	96
4.3.5	Behandlungsreihenfolge.	97

4.4	Erfolg und Misserfolg mit der Typaldos-Methode	97
4.4.1	Analyse von Misserfolgen	98
4.4.2	„Stay in the model“	100
	Literatur	100
5	Behandlung der sechs Faszienstörungen	101
5.1	Behandlung von Triggerbändern	102
5.1.1	Triggerband-Technik	102
5.1.1.1	Bestimmung des Triggerband-Verlaufs	102
5.1.1.2	Palpation des Triggerband-Startpunkts	102
5.1.1.3	Ausdrehen und Verschließen des Triggerbandes	104
5.1.2	Behandlungseffekte der Triggerband-Technik	107
5.1.3	Nebenwirkungen der Triggerband-Technik und Kontraindikationen	107
5.1.4	Weitere Maßnahmen zur Behandlung von Triggerbändern	109
5.1.5	Behandlungsbeispiele	110
5.1.5.1	Star-Triggerband-Technik	110
5.1.5.2	Triggerband-Technik am Außenknöchel	112
5.1.5.3	Triggerband-Technik an der vorderen Schulter	112
5.1.5.4	Triggerband-Technik am Rücken	114
5.1.5.5	Adaptierte Triggerband-Technik über dem Auge (Grain-of-salt-Technik)	115
5.2	Behandlung von Hernien-Triggerpunkten	116
5.2.1	Hernien-Triggerpunkt-Technik (HTP-Technik)	116
5.2.1.1	Palpation des Hernien-Triggerpunktes	116
5.2.1.2	Reduzierung der Protrusion	117
5.2.1.3	Komplette Reponierung („Milking the release“)	119
5.2.2	Behandlungseffekte der Hernien-Triggerpunkt-Technik	120
5.2.3	Nebenwirkungen der Hernien-Triggerpunkt-Technik und Kontraindikationen	121
5.2.4	Weitere Maßnahmen zur Behandlung von Hernien-Triggerpunkten	122
5.2.5	Behandlungsbeispiele	122
5.2.5.1	Schulter-HTP-Technik – SCHTP-Technik	122
5.2.5.2	Hernien-Triggerpunkt-Technik an der Leiste	123
5.2.5.3	Hernien-Triggerpunkt-Technik am Rücken	125
5.2.5.4	Hernien-Triggerpunkt-Technik am Gesäß (Bull’s eye HTP)	126
5.2.5.5	Hernien-Triggerpunkt-Technik an der Orbita	127

5.3	Behandlung von Kontinuum-Distorsionen	128
5.3.1	Kontinuum-Technik	128
5.3.1.1	Palpation der Kontinuum-Distorsion	128
5.3.1.2	Druckanwendung bis zum Release	129
5.3.2	Behandlungseffekte der Kontinuum-Technik	130
5.3.3	Nebenwirkungen der Kontinuum-Technik und Kontraindikationen	131
5.3.4	Weitere Maßnahmen zur Behandlung von Kontinuum-Distorsionen	131
5.3.5	Behandlungsbeispiele	132
5.3.5.1	Kontinuum-Technik am vorderen Knöchel – AACD-Technik	132
5.3.5.2	Kontinuum-Technik am Iliosakralgelenk.	133
5.3.5.3	Kontinuum-Technik am Knie	134
5.3.5.4	Kontinuum-Technik an den Rippen	135
5.3.5.5	Kontinuum-Technik am Handgelenk – PWCD-Technik	136
5.4	Behandlung von Faltdistorsionen	137
5.4.1	Prinzipien der Behandlung von Faltdistorsionen	137
5.4.1.1	Bestimmung der Korrekturvektoren	138
5.4.1.2	Manipulation der Faltdistorsion	140
5.4.2	Behandlungen unter gehaltener Traktion oder Kom- pression	140
5.4.3	Impuls-Behandlungen mit Vorspannung in Traktion oder Kompression	142
5.4.4	Impuls-Behandlungen ohne Vorspannung in Traktion oder Kompression; Beschleunigungstechnik	144
5.4.5	Behandlungsbeispiele	144
5.4.5.1	Falt-Techniken am Rücken in der Stuhl- position	144
5.4.5.2	Falt-Techniken an der Hüfte	146
5.4.5.3	Falt-Techniken am Knie	147
5.4.5.4	Falt-Techniken an der Schulter	150
5.4.5.5	Falt-Techniken an den Rippen und am mittleren Rücken	151
5.4.5.6	Falt-Techniken für den Nacken	152
5.4.6	Behandlungstechniken für die interossäre Membran	155
5.4.6.1	Vorpositionierung der zu behandelnden Membran	155
5.4.6.2	Manipulation mit scherenen Impulsen	155
5.4.6.3	Falt-Techniken an der interossären Membran des Unterarms	156
5.4.6.4	Falt-Techniken an der interossären Membran des Unterschenkels	158
5.4.7	Behandlung von Faltdistorsionen der Muskelsepten	159

5.4.7.1	Vorpositionierung des Muskelseptums	159
5.4.7.2	Manipulation des Muskelseptums mit Impuls oder durch aktives Bewegen	160
5.4.7.3	Falt-Techniken für die Muskelsepten an Arm und Schulter.	160
5.4.7.4	Falt-Techniken für die Muskelsepten am Unterschenkel	162
5.4.8	Behandlungseffekte der Falt-Techniken.	163
5.4.9	Nebenwirkung von Falt-Techniken und Kontra- indikationen	163
5.4.10	Weitere Maßnahmen zur Behandlung von Faltdistorsionen	164
5.5	Behandlung von Zylinderdistorsionen	164
5.5.1	Manuelle Standard-Techniken zur Behandlung von Zylinderdistorsionen.	164
5.5.1.1	Doppel-Daumen-Technik.	165
5.5.1.2	Kompressionsvariante der Doppel- Daumen-Technik	166
5.5.1.3	Squeegee-Technik	167
5.5.1.4	Kompressionsvariante der Squeegee-Tech- nik	168
5.5.1.5	Brennnessel-Technik	168
5.5.1.6	Kompressionsvariante der Brennnessel- Technik.	169
5.5.1.7	Pinch-Technik	170
5.5.2	Behandlungstechniken mit Hilfsmitteln.	170
5.5.2.1	Schröpfen mit Bewegung/Cupping-with- movement-Technik.	171
5.5.2.2	KIWI©-Technik.	171
5.5.2.3	Kamm-Technik	172
5.5.2.4	Klammer-/Zwingen-Technik	172
5.5.3	Behandlungseffekte bei Zylinder-Techniken	173
5.5.4	Nebenwirkungen von Zylinder-Techniken und Kontraindikationen.	174
5.5.5	Weitere Maßnahmen zur Behandlung von Zylinder- distorsionen	174
5.6	Behandlung von Tektonischen Fixierungen.	175
5.6.1	Prinzipien der Behandlung von Tektonischen Fixie- rungen.	175
5.6.1.1	Korrektur aller regionalen Fasziendis- torsionen abseits der Tektonischen Fixie- rung	176
5.6.1.2	Verbesserung der Zirkulation synovialer Flüssigkeit	176
5.6.1.3	Manipulation fixierter faszialer Gleitflächen	178

5.6.2	Behandlungseffekte der Techniken für Tektonische Fixierungen.	178
5.6.3	Nebenwirkungen bei der Behandlung von Tektonischen Fixierungen und Kontraindikationen	178
5.6.4	Weitere Maßnahmen zur Behandlung Tektonischer Fixierungen.	179
5.6.5	Behandlungsbeispiele.	179
5.6.5.1	Behandlung von Tektonischen Fixierungen der Schulter	179
5.6.5.2	Behandlung von Tektonischen Fixierungen am Rücken	181
5.6.5.3	Behandlung von Tektonischen Fixierungen der Hüfte und des Beckens	183
6	Anhang	185
6.1	Flowcharts zur Behandlung von Schulterbeschwerden	185
6.2	Distorsionsraster.	185
6.3	European Fascial Distortion Model Association (EFDMA) und ihre internationalen Partnerorganisationen	190
6.4	EFDMA-Curriculum	190
	Literatur.	190
	Glossar	191
	Literatur	197

Teil I

Das Faszien­distor­sion­modell: Die theo­re­ti­schen Grund­la­gen der Typaldos-Methode

Therapieresistente Beschwerden nach physischen Traumen, Symptome, die sich mit klassisch-medizinischen Konzepten nicht erklären bzw. lösen lassen, oder akute Schmerzen und hartnäckige Bewegungseinschränkungen – bei diesen Herausforderungen stoßen Ärzt*innen und Therapeut*innen in der klinischen Praxis immer wieder an ihre Grenzen.

Stephen Typaldos (1957–2006) kannte diese Situation ebenfalls aus der täglichen Arbeit als Arzt. Anstatt jedoch die Grenzen der klassischen Therapieansätze zu akzeptieren, suchte er nach Lösungsmöglichkeiten. Das Ergebnis seiner Forschungen war das Faszien­distor­sion­modell (FDM), eine eigenständige Ätiologie verschiedenster Beschwerdebilder. Damit propagierte er einen Perspektivenwechsel in der Medizin: Wenn Schmerzen und Funktionseinschränkungen als Folge von Faszien­distor­sion­en betrachtet werden, wird der Blick frei für neue und effektive Therapieansätze.

Typaldos war Doctor of Osteopathic Medicine (DO) und als solcher in den USA berechtigt, Medizin in vollem Umfang zu praktizieren. Im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit behandelte er Patient*innen mit Beschwerden des Bewegungsapparats, internistischen und neurologischen Erkrankungen gemäß den Prämissen des Faszien­distor­sion­modells. Um seine Konzepte in die klinische Praxis umzusetzen,

wendete er vorwiegend manuelle Therapieansätze an. Sie sind unter dem Namen „Typaldos-Methode“ bekannt und stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Lehrbuchs.

Die Typaldos-Methode ist die bekannteste Möglichkeit, das Faszien­distor­sion­modell klinisch-praktisch anzuwenden. Es wäre jedoch ein Missverständnis, Typaldos Konzepte vorwiegend als Form der Manualtherapie zu betrachten. Typaldos nutzte das FDM, um über bessere Behandlungsmöglichkeiten in den unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten nachzudenken. Er wollte seine Sichtweise in die Medizin integrieren und nicht abseits davon positionieren. Sein Ziel war es, einen Perspektivenwechsel bei Ärzt*innen und Therapeut*innen anzustoßen, der fasziale Deformationen als bedeutende Ursache für Schmerzen und Funktionseinschränkungen anerkennt.

Diese veränderte Betrachtung der Ätiologie und Behandlung verschiedenster Beschwerdebilder ist das zentrale Element des Faszien­distor­sion­modells. Gleichzeitig ist diese Veränderung der Sichtweise wohl der schwierigste Aspekt in dessen Vermittlung.

Der Schlüssel für das Verständnis des Konzepts ist aus meiner Erfahrung als FDM-Instruktor dessen klinisch-praktische Umsetzung mit der Typaldos-Methode. Dadurch ist es möglich, die Wirkung der Distor­sion­korrek­tu­r un-

mittelbar zu erfahren und die Relevanz des Modells für die Behandlung von Patient*innen einschätzen zu können.

Ziel dieses Lehrbuchs ist es, diesen praxisorientierten Ansatz darzustellen und die enge Verflechtung zwischen Typaldos Konzepten und deren Umsetzung in der klinischen Praxis zu betonen. Dies spiegelt sich auch darin, dass im Titel die Typaldos-Methode vorangestellt ist.

Die Typaldos-Methode ist ein nicht-invasiver Ansatz zur Behandlung verschiedenster Beschwerdebilder am menschlichen Körper. Im Mittelpunkt der Methode steht die Korrektur von Faszien­distor­si­onen, die aus Sicht des Faszien­distor­si­ons­modells ursächlich für Schmerzen und Funktionseinschränkungen sind. Dafür kommen spezifische Handgriffe oder mechanisch wirkende Therapiegeräte zum Einsatz.

Welche Techniken der Typaldos-Methode eingesetzt werden, hängt davon ab, welche Faszien­distor­si­onen mit Hilfe einer speziellen Form der klinischen Diagnostik festgestellt werden können. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Wahrnehmung der Problematik durch die Patient*innen ein. Deren verbale und non-verbale Schilderungen leiten maßgeblich sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung der Faszien­distor­si­onen.

Das theoretische Faszien­distor­si­ons­modell (FDM) und die praktisch-klinische Typaldos-Methode sind zwei ineinander verschränkte Konzepte.

Grundlagen für das Verständnis der Typaldos-Methode und damit für deren adäquate Anwendung sind deshalb

- detaillierte Kenntnisse des Faszien­distor­si­ons­modells,
- Wissen über die Diagnose von Faszien­distor­si­onen und
- Verständnis für die Rolle der Patient*innen als Expert*innen für ihre Beschwerden.

Wenn Therapeut*innen Patient*innen nach dem FDM behandeln, passiert dies in der Regel mit Handgriffen der Typaldos-Methode. Sie gliedert sich in einen

- typischen Behandlungsablauf und
- Behandlungsansätze für alle bekannten Faszien­distor­si­onen, um diese direkt und mechanotherapeutisch zu korrigieren.

Hintergrundinformation

Die Begriffe FDM bzw. Typaldos-Methode werden in der klinischen Praxis oft synonym verwendet und wurden auch von Typaldos meist nicht strikt voneinander getrennt.

Eine Differenzierung zwischen Modell und Methode ist jedoch von Bedeutung, denn das Faszien­distor­si­ons­modell gilt grundsätzlich als methodenneutrale Theorie und ist damit für eine Umsetzung mit verschiedensten therapeutischen Mitteln offen.

Typaldos war davon überzeugt, dass das FDM in verschiedensten Bereichen der Medizin eingesetzt werden könnte, um klinische Problemstellungen zu lösen und effiziente Behandlungsstrategien zu entwickeln. Pharmakologische Anwendungen auf Basis des Faszien­distor­si­ons­modells hielt er ebenso für möglich wie chirurgische Interventionen, die speziell auf die Korrektur von Faszien­distor­si­onen zugeschnitten waren. Bis dato haben sich derartige Therapieverfahren noch nicht etabliert. Die Typaldos-Methode ist die eigenständige manuelle Therapieform auf Grundlage des Faszien­distor­si­ons­modells und steht im Mittelpunkt des vorliegenden Lehrbuchs.

Aufbau des Lehrbuchs

Das Buch ist in zwei Abschnitte gegliedert.

Der **erste Teil** beleuchtet das Faszien-Distorsionsmodell. Das erste Kapitel beschäftigt sich mit den grundsätzlichen Prämissen des Modells. Im zweiten Kapitel werden die sechs Faszien-Distorsionen mit ihrer spezifischen Charakteristik präsentiert. Die FDM-Diagnose mit der besonderen Rolle der Patient*innen im diagnostischen Prozess ist Thema des dritten Kapitels.

Darauf aufbauend widmet sich der **zweite Teil** der Typaldos-Methode, ihren Handgriffen und Behandlungsansätzen. Nach einer grundsätzlichen Beschreibung des Ablaufs von Diagnose und Behandlung im vierten Kapitel werden im fünften Kapitel die spezifischen Handgriffe zur gezielten direkten Korrektur der Faszien-Distorsionen demonstriert. Dabei orientiert sich die Auswahl der präsentierten Techniken am Curriculum der European Fascial Distortion Model Association (EFDMA).

Im Anhang finden sich abschließend Flussdiagramme, welche Typaldos für die Behandlung von Schulterbeschwerden entwickelte, und ein Glossar zu den wichtigen Begrifflichkeiten. Eine weitere Grafik zeigt die sechs Faszien-Distorsionen im direkten Vergleich. Diese Grafik und die Diagnose-Vergleichstabellen aus dem dritten Kapitel sind auch als Download verfügbar.

Typaldos betrachtete die Korrektur von Faszien-Distorsionen als Möglichkeit, den Herausforderungen der klinischen Praxis zu begegnen und die Grenzen des Möglichen in der Medizin zu verschieben. Die Bedeutung der Distorsionskorrektur aufzuzeigen, Behandlungsansätze korrekt umzusetzen bzw. wenn notwendig anzupassen, ohne dabei den Fokus auf Faszien-Distorsionen zu verlieren, dafür soll dieses Buch eine Unterstützung sein.

Grundlagen des Lehrbuchs

Stephen Typaldos publizierte seine Erkenntnisse in Fachzeitschriften und präsentierte seine Konzepte Berufskolleg*innen in aller Welt. Er verfasste ein Lehrbuch zum FDM und

seiner klinisch-praktischen Umsetzung mit der Typaldos-Methode, welches in vier Auflagen veröffentlicht wurde. Nach seinem Ableben sind diese Werke jedoch nur noch eingeschränkt im Original erhältlich.

Die Publikationen von Stephen Typaldos von 1992–2002 sind bis heute der Standard in der Vermittlung seiner Konzepte, insbesondere die Letztaufgabe seines Lehrbuchs mit dem Titel „FDM – Clinical and theoretical application of the fascial distortion model within the practice of medicine and surgery“. Für das vorliegende Buch bilden diese Veröffentlichungen [1–6] die inhaltliche Grundlage. Dafür werden die Texte zusammengefasst und erläutert. Ziel ist es, den Leser*innen ein möglichst vollständiges, originales und praxisnahes Bild des Faszien-Distorsionsmodells und der Typaldos-Methode zu vermitteln.

Literatur

1. Typaldos S (1992) The fascial continuum model. A new philosophical and practical approach for enhancement of athletic performance and treatment of musculo-skeletal dysfunction and pain. <https://www.fascialdistortion.com/the-fascial-continuum-model/>
2. Typaldos S (1994) Introducing the fascial distortion model. AAO J 4(2):14–18, 30–36. <https://afdma.com/articles/introducing-fascial-distortion-model/>
3. Typaldos S (1994) Triggerband technique. AAO J 4(4):15–18, 30–33. <https://afdma.com/articles/triggerband-technique/>
4. Typaldos S (1995) Continuum technique. AAO J 5(2):15–19. <https://afdma.com/articles/continuum-technique/>
5. Typaldos S, Meddeb G (1997) Orthopathische Medizin. Die Verbindung von Orthopädie und Osteopathie durch das Faszien-Distorsionsmodell. Verlag für Ganzheitliche Medizin Wühr, Kötzing/Bayerischer Wald
6. Typaldos S (2002) Clinical and theoretical application of the fascial distortion model within the practice of medicine and surgery, 4th ed. Orthopathic Global Health Publications, Brewer



Fasziendistorsionsmodell (FDM)

1

Das Fasziendistorsionsmodell beschreibt sechs spezifische Deformationen der menschlichen Faszien, Fasziendistorsionen genannt, die einzeln oder in Kombination Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats und verschiedener anderer Organsysteme verursachen. Das Modell stellt die Konsequenz von Formveränderungen der Faszien auf die Funktionstüchtigkeit des menschlichen Körpers in den Mittelpunkt und erweitert das schulmedizinische Konzept von Schmerz und Funktionseinschränkung.

Die klinische Anwendung des Modells bietet die Möglichkeit, verschiedenste Beschwerden als Folge von Fasziendistorsionen zu interpretieren. Ziel ist es, mithilfe des Modells wirksame und praktisch umsetzbare Behandlungsstrategien zu entwickeln, welche zu eindeutigen, unmittelbaren und messbaren Ergebnissen führen.

Die grundlegenden Elemente des Fasziendistorsionsmodells können wie folgt skizziert werden:

- *Faszien*: Sie dienen als Erklärungsgrundlage für die Zusammenhänge, welche das FDM beschreibt und stehen im Mittelpunkt jeglicher therapeutischen Intervention. Ihre wichtige Rolle für den Aufbau und die Funktionstüchtigkeit des Körpers ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen den Be-

schwerden der Patient*innen und Fasziendistorsionen herzustellen.

- *Distorsion*: Statt von einer Beschädigung körperlicher Strukturen auszugehen, stellt das FDM die Deformation faszialer Strukturen aufgrund physischer Traumen oder Überlastungen ins Zentrum seines therapeutischen Ansatzes. Dadurch wird es möglich, sowohl akute als auch chronische Beschwerden, unabhängig vom Zeitpunkt der Entstehung und dem Grad der Gewebeerletzung erfolgreich zu therapieren.
- *Modell*: Ein Modell ermöglicht es, komplexe Sachverhalte durch eine Reduktion auf die wesentlichen Einflussfaktoren begreifbar zu machen. Mithilfe des Modells der Fasziendistorsionen können klinische Informationen analysiert, interpretiert und daraus praktisch umsetzbare Schlüsse für die Behandlung mit der Typaldos-Methode abgeleitet werden.

Beispiel

Eine Patientin verstaucht sich beim Sport den Knöchel. Das Gelenk schwillt in der Folge deutlich an. Die Sportlerin spürt ziehende Schmerzen an der Fußaußenseite und kann sich nur hinkend vorwärtsbewegen. Die Intensität der Symptome veranlasst sie, ins Krankenhaus zu fahren. Dort wird der Knöchel nach schulmedizinischen Kriterien untersucht und eine Röntgenaufnahme angefertigt,

um eine Fraktur auszuschließen. Nachdem kein Knochenbruch vorliegt, diagnostiziert die behandelnde Ärztin eine Außenbandzerrung. Der Patientin wird das Tragen einer stabilisierenden Bandage, Schonung und die Anwendung von Eis zur Schmerzbekämpfung empfohlen. Ein Kontrolltermin in drei Wochen wird vereinbart.

Dieses Beispiel beschreibt eine typische Situation nach einem physischen Trauma. In der Regel werden derartige Verletzungen gemäß einem mehr oder weniger standardisierten Schema im Krankenhaus versorgt. Nach dem Ausschluss schwerwiegender Pathologien, die beispielsweise eine chirurgische Intervention notwendig machen würden, erfolgt eine Standardbehandlung wie die Verordnung von entzündungshemmenden Medikamenten oder Ruhigstellung. Begründet wird dieses Vorgehen im konkreten Fall damit, dass die schmerzverursachende Entzündung abklingen soll. Die Immobilisierung soll die Heilung potentiell gezerrter Bandstrukturen unterstützen, sodass nach Ablauf einer gewissen Zeitspanne wieder mit der vollen Belastbarkeit des Knöchels zu rechnen ist.

Typaldos kritisiert diese Vorgehensweise. Sie sei unspezifisch und lasse die fasziendynamischen Ursachen für die Funktionseinschränkung der Patientin außer Acht. Dies könne zu Misserfolgen in der Behandlung und zu langen Rehabilitationszeiten führen.

Er analysiert derartige Traumen mithilfe des Fasziendistorsionsmodells anhand von vier Kriterien:

- Der *Entstehungsmechanismus* und die spezifische Verletzungsposition geben einen ersten Hinweis auf die Art und das Ausmaß der fasziellen Deformierung.
- Die *subjektiven Beschwerden* der Patientin liefern Informationen, welche Distorsionen vorhanden sind und wie diese behandelt werden können.
- Die *klinische Untersuchung* klärt Indikation und Kontraindikation für die Behandlung und erhebt objektivierbare Befunde, die wiederum auf bestimmte Fasziendistorsionen hinweisen.

- Die *Interpretation der Körpersprache* ermöglicht es, die intuitive Wahrnehmung der Problematik durch die Patientin zu nutzen, um Fasziendistorsionen festzustellen und gezielt zu korrigieren.

Die Analyse dieser klinischen Informationen erklären die Beschwerden der Patientin in einer Art, welche sich von der gängigen schulmedizinischen Sichtweise unterscheidet und folglich zu anderen therapeutischen Konsequenzen führt. Während die Ärztin im Beispiel Immobilisierung verordnet und die Entzündung bekämpft, behandelt das FDM die durch die Verletzung entstandenen Fasziendistorsionen. Ziel ist es, die fasziendynamischen Ursachen der Beschwerden zu korrigieren und dadurch eine unmittelbare Schmerzreduktion sowie Verbesserung der Beweglichkeit und der Belastbarkeit zu erzielen. Immobilisierung und Entzündungshemmung können dadurch (trotz der schulmedizinisch diagnostizierten Bänderzerrung) obsolet werden. ◀

1.1 Typaldos Sicht der Anatomie

Als Typaldos 1991 beginnt, das Fasziendistorsionsmodell zu entwickeln, gibt es deutlich weniger wissenschaftliche Erkenntnisse zu Fasziendynamik im Vergleich zum heutigen Wissensstand. Zu dieser Zeit wurden Faszien in der Medizin vor allem als Form von Bindegewebe betrachtet, welches im Gegensatz zu Knochen, Muskeln oder Bändern eine sekundäre Rolle in Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers spielt.

Für Typaldos hingegen erweist sich Fasziendynamik als entscheidende Brücke zwischen seinen klinischen Beobachtungen in der Praxis und der Art und Weise, wie Patient*innen Beschwerden wahrnehmen, wie sich Verletzungen auf körperliche Funktionen auswirken und wie diese durch gezielte Behandlungen beeinflusst werden können.

Als Osteopath war er mit dem Fasziendynamik-Konzept von A. T. Still, dem Begründer der Osteopathie, vertraut. Für diesen stellt die Faszie ein zentrales Element für die Anatomie, Physiologie und

Pathophysiologie des Menschen dar [1]. Typaldos stützt seine theoretischen Überlegungen auf osteopathische Publikationen und eigene anatomische Studien, die zu seiner Zeit als Clinical Assistant Professor am Texas College of Osteopathic Medicine durchgeführt wurden.

Auf diesen Grundlagen entwickelt Typaldos sein Faszienverständnis, welches er 1992 im sogenannten „Fascial Continuum Model“ zusammenfasst. Dieses begründet eine eigenständige Betrachtungsweise der Anatomie, in der Faszien eine zentrale Bedeutung zukommt.

Typaldos erachtet sein Modell als Möglichkeit, den in der Osteopathie grundlegenden Zusammenhang zwischen der Struktur und der Funktion des Körpers zu erklären. In weiterer Folge könnte mithilfe entsprechender wissenschaftlicher Grundlagenforschung ein neues Konzept von Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie entstehen.

Die folgenden drei Prämissen kennzeichnen das Fascial Continuum Model:

Faszie kommt in Form von Faszienbändern im gesamten Körper vor.

Deren Bedeutung wird von Seiten der Anatomie verkannt, denn die klassische Präparierung zerteilt den menschlichen Körper, was dem Wesen von kontinuierlichen Faszienverbindung widerspricht. Verletzungen von Faszienbändern kommen jedoch häufig vor und stellen ein geeignetes Konzept dar, eine Bandbreite an Schmerzen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparats erklärbar zu machen.

Faszie hat bis dato nicht beschriebene Funktionen im menschlichen Körper.

Durch ihre enge Verbindung zum Muskel-system scheint sie entscheidend an der Bewegungskoordination beteiligt zu sein. Durch eine Art „fasziales Gedächtnis“ werden wieder-

holte Bewegungen im Faszien-system gespeichert und lokal koordiniert. Dadurch wird das zentrale Nervensystem entlastet. Zudem überträgt, verteilt und puffert die Faszie eine elektrische Mikrospannung. Das erklärt, warum verletzte Faszienbänder muskuläre Kraft, Koordination und Leistungsfähigkeit negativ beeinflussen.

Faszie ist ein verwobenes Kontinuum verschiedener Strukturen und ermöglicht deren Anpassung.

Dieses Kontinuum ist von fließender Natur. Es umfasst sowohl Knochen als auch Ligamente, Sehnen oder Aponeurosen. Diese können sich entsprechend dem Einfluss intrinsischer und extrinsischer Kräfte in ihrer Konstitution verändern. Dadurch erklären sich körperliche Anpassungserscheinungen aufgrund von fasziellen Störungen wie die Kalzifizierung von Sehnen oder die Entkalkifizierung des involvierten Knochens.

Im folgenden Abschnitt wird das Faszienkonzept von Typaldos beschrieben. Daneben wird eine Übersicht über den heutigen Wissensstand zu Faszien gegeben. Damit sollen Anknüpfungspunkte zwischen den Überlegungen von Typaldos und dem heutigen Forschungsstand sichtbar werden. Dieses Lehrbuch beruft sich dabei auf die Publikationen namhafter Autor*innen aus der Gruppe der *Fascia Research Society*, die infolge des ersten Fascia Research Congress 2007 gegründet wurde.

1.1.1 Faziendefinition von Typaldos

In seinem Lehrbuch von 2002 beschreibt Typaldos Faszien als primäres Bindegewebe, welches sich überall im Körper findet und sich in verschiedensten anatomischen Strukturen, beispielsweise als Teil von Sehnen, Bändern, Aponeurosen, Adhäsionen und verschiedenen Hüllen von Organen (z. B. der Herzbeutel oder die Meningen) bzw. von Muskeln (Perimyosium und Epimyosium) manifestiert. Dabei verbinden Faszien nicht nur unterschiedliche Strukturen, son-