

«ENDLICH HAT JEMAND MEINEN SCHMERZ GEFUNDEN»

Interview mit Beat Dejung

Die manuelle Triggerpunkt-Therapie kann Rückenschmerzen etwas entgegensetzen, trotzdem aber hat sie nach Aussagen ihres Begründers noch immer keinen genügenden Eingang in die «offizielle Medizin» gefunden. Woran das liegt und was sie dem neuen Faszienhype voraus hat, berichtet der Arzt und Psychologe Beat Dejung.

Pink Floyd meets Edgar Allan Poe

Christine Mücke

HERR DEJUNG, SIE HABEN DIE MANUELLE TRIGGERPUNKT-THERAPIE BEGRÜNDET. WIE KAM ES DAZU?

Beat Dejung: Als Assistenzarzt hatte ich viele Patienten mit Rückenschmerzen, deren Therapie oft unbefriedigend blieb. Ich habe mir viele Gedanken über Zusammenhänge gemacht: Warum tut es so vielen im linken Lumbalbereich weh, wenn sie sich nach links beugen – auch ohne Diskushernie? Das konnte damals keiner beantworten.

Seit 1978 war ich Lehrer für Manuelle Medizin und habe mich auch immer mit alternativen Ansätzen beschäftigt. So habe ich zum einen die posturale Integration kennengelernt, zum anderen über Patienten von den Erfolgen des Rolfings gehört und Kontakt zu Ida Rolf aufgenommen, um das Verfahren zu erlernen. Sie hat das Bindegewebe behandelt, um den Patienten einen aufrechten Gang zu ermöglichen. Bei meiner Arbeit habe ich bemerkt, dass der oben beschriebene Schmerz auf diese Weise behoben werden kann. Daher habe ich die Bindegewebs- und Triggerpunktbehandlung nach Travell und Simons kombiniert und daraus eine neue Methode entwickelt.

WAS KANN IHRE METHODE LEISTEN?

90 Prozent aller Rückenschmerzen sind unspezifisch, sehr oft liegt eine muskuläre Störung zugrunde – und wenn man hier ansetzt, kann man auch chronische Rückenschmerzen behandeln. Die Triggerpunkt-Therapie ist die einzige Me-

thode, mit der man langjährige Rückenschmerzen lindern oder zum Verschwinden bringen kann. Man kann den Chronifizierungsprozess quasi umkehren, indem man den peripheren nozizeptiven Schmerz beseitigt. Viel zu häufig wird der chronische Schmerz mangels erkannter Ursache als psychisch abgetan. Wir Ärzte sind oftmals für eine gründliche Untersuchung der Muskulatur zu wenig geschult.

WAS GENAU IST EIN TRIGGERPUNKT?

Ein Triggerpunkt ist eine Kontraktur, die durch traumatische Überdehnung, akute oder chronische Überlastung eines Muskels entsteht. Manche Menschen haben sehr viele Triggerpunkte. Man sucht sie klinisch, indem man die einzelnen Muskeln dehnt und dabei den Schmerz des Patienten auslöst. Dann sucht man in diesem Muskel einen Hartspannstrang und darin die empfindliche Stelle des Triggerpunktes. Der Verdacht auf einen Triggerpunkt wird bestätigt, wenn der Patient seinen Schmerz wiedererkennt und wenn beim Einstich einer Nadel eine typische Zuckung ausgelöst werden kann.

LASSEN SICH TRIGGERPUNKTE AUCH NACHWEISEN, ETWA HISTOLOGISCH?

Es gibt heute verschiedene wissenschaftliche Belege für das Triggerpunktkonzept. Unseren Vorstellungen zufolge handelt es sich bei einem Trigger-



BEAT DEJUNG

Studium der Psychologie, Psychoanalyse und Philosophie. Anschliessend Studium der Medizin mit Facharzt für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie. Er hat die manuelle Triggerpunkttherapie begründet und das Dry Needling in der Schweizerischen Physiotherapie etabliert.

punkt um eine lokale Kontraktur, die einen ischämischen Schmerz auslöst, wie bei einem Herzinfarkt. Die Ischämie ist durch einen verminderten Sauerstoffpartialdruck und einen tiefen pH im Triggerpunkt bewiesen. Die Kontraktur wird (im Tierversuch) durch eine knoten- oder scheibenartige Verschmälerung der Querstreifung belegt. Ein Triggerpunkt zeigt sodann im EMG schon in Ruhe gegenüber dem umliegenden Gewebe eine erhöhte elektrische Aktivität. In einem chronischen Triggerpunkt erzeugt die Ischämie eine Nekrose und in der Folge eine Bindegewebsneubildung (eine innere Narbe), welche die Kontraktur verfestigt.

WIE IST DIE RESONANZ AUF DIESE ERKENNTNISSE UNTER ÄRZTLICHEN KOLLEGEN UND THERAPEUTEN?

Obwohl heute bereits sehr viel zu diesem Thema geforscht wurde, hat die Methode immer noch keinen genügenden Eingang in die «offizielle» Medizin gefunden. Die Rheumatologen finden diese Erkenntnisse interessant, machen aber weiter wie immer, und die Orthopäden operieren lieber. Lediglich bei den Physiotherapeuten und in der manuellen Medizin stossen wir heute auf zunehmendes Interesse.

IST DIE VORSTELLUNG, SCHMERZEN EINFACH «WEGDRÜCKEN» ZU KÖNNEN, NICHT ÜBERHOLT?

Bei der Triggerpunkt-Therapie geht es damals wie heute um die mechanische Einwirkung, um die Durchblutung wiederherzustellen. Dafür gibt es drei Methoden: die manuelle Triggerpunkttherapie, das Dry Needling und die Behandlung mit fokussierten Stosswellen. Die manuelle Therapie besteht aus 4 Techniken, die man in unseren Kursen erlernen kann. Sie wirken auf die muskulären Triggerpunkte, aber auch auf das kontrakte Bindegewebe (flächig und auch zwischen zwei Muskeln). Die manuelle Therapie ist vor allem in den deutschsprachigen Ländern verbreitet, die Stosswellentherapie vor allem unter deutschen Ärzten, das Dry Needling aber auf der ganzen Welt.

IM MOMENT SIND DIE FASZIEN IN ALLER MUNDE. WAS SAGEN SIE ZU DIESEM HYPE?

Die physiotherapeutische Wissenschaft unterliegt Moden. Und auch das Thema Faszien ist eine Modeerscheinung. Nach der Konzentration der Manualtherapie auf die Gelenke und später die Maitlandtherapie sind es nun die Faszien, die im Mittelpunkt des Interesses stehen. Dabei sind schmerzhafte Faszienveränderungen meist eine Folge der muskulären Pathologien, allein die Behandlung der Faszien lässt die eigentlich Ursache unberücksichtigt.

Die Triggerpunkt-Therapie war schon immer und ist bis heute eine Faszienbehandlung – ausser beim Dry Needling. Aber unsere Therapie ist schmerzhaft, und das ist unsympathisch. Interessanterweise tolerieren die Patienten diese mit der Behandlung einhergehenden Schmerzen meist gut. Oft sind sie erst noch froh: «Endlich hat jemand meinen Schmerz gefunden.» Und in der Tat ist das Wiedererkennen des ursprünglichen Schmerzes ein diagnostisch wichtiges und zuverlässiges Kriterium.

WIE IST DIE STUDIENLAGE ZUR TRIGGERPUNKT-THERAPIE, WIE SIEHT ES MIT DER NACHHALTIGKEIT AUS?

Heute gibt es viele Daten zur Triggerpunkt-Therapie. Die beste Studie ist eine randomisierte Studie bei chronischen Schmerzpatienten von Gunn aus dem Jahr 1980, die sehr gute Ergebnisse für das Dry Needling gezeigt hat. Da die Therapie jedoch schwerpunktmässig in der niedergelassenen Praxis eingesetzt wird, wo die für Studien erforderlichen Kriterien nicht erfüllt werden können, haben wir stattdessen gut dokumentierte Fallserien. Mein Fokus dabei waren immer die Kriterien Schmerz und Arbeitsfähigkeit.

Zur Nachhaltigkeit: Wenn man alle Triggerpunkte deaktivieren kann, ist der Patient theoretisch und momentan gesund. Wesentlich für den Erfolg ist dabei auch seine Mitwirkung: Der Patient muss zunächst einmal den Schmerz aushalten und den Therapeuten bremsen, wenn es zu schmerzhaft ist. Zudem muss er seinen Alltag besser auf seine effektiven Möglichkeiten abstimmen.

WIE FINDET DER INTERESSIERTE ARZT/THERAPEUT DEN WEG ZUR TRIGGERPUNKT-THERAPIE ?

Die Ausbildung kann zum einen über die «Interessengemeinschaft für Myofasziale Triggerpunkt-Therapie», die IMTT, erfolgen, zum anderen über die Schweizerische Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin, die SAMM. Alles in allem umfasst die Grundausbildung 16 Tage und schliesst mit einer Prüfung ab. Entsprechende Informationen findet man online (siehe rechts).

IHR WUNSCH AN UNSERE LESER?

Ich wünsche mir, dass die Ärzte die Patienten sorgfältig untersuchen, um die Schmerzpunkte zu finden, und dass sich mehr Therapeuten mit der Triggerpunkt-Therapie beschäftigen. Man kann und soll sie ruhig mit anderen Massnahmen kombinieren, viele Therapeuten sagen aber, dass sie zu ihrer Haupttätigkeit geworden ist.

ONLINE MEHR INFORMATIONEN:

Die IMTT finden Sie online unter:
www.imtt.ch



Zur SAMM erfahren Sie online mehr unter:
www.samm.ch

