

# Instituut voor Humane Bewegingsfunctionaliteit (HBF)

## Die Therapie der Humanen Bewegingsfunktionalität

Von C. G. de Graaf

*Copyright: C. G. de Graaf / Inst. Humane Bewegingsfunktionalität*

*Übersetzung: D.Heerschop/ K:Heerschop*

Ich werde die Behandlung gemäß der Methode der Humanen Bewegingsfunktionalität anhand von zwei Fällen erklären.

Der erste Fall betrifft eine Patientin mit so genannten „psychosomatischen Beschwerden“ und einem so genannten „phobischen Verhalten“. Dass wir mit der Namensgebung nicht glücklich sind, wird aus der Fortsetzung und anderen Veröffentlichungen auf der Webseite <http://www.bewegingsfunctionaliteit.nl/> ersichtlich werden.

Der andere Patient hat Rückenbeschwerden mit Schmerzen im rechten Bein.

Während der Behandlung dieser zwei Fälle werde ich Ihnen eine globale Übersicht darüber geben, wie die Körperorganisation sich durch die taktile Behandlung vom exzentrischen Funktionieren zum zentrischen Funktionieren organisiert.

Vorab noch einige wichtige Bemerkungen:

- 1.** Die Regulierung des Muskeltonus des Körpers des Patienten stellt sich durch variable Veränderungen der Muskeltonus und durch das Ausführen von geringen Bewegungen in den Gelenken während der Behandlung suchend auf meine Hände ein. Beide Formen werden von mir wahrgenommen.
- 2.** Ausführliche Analysen von Videoaufnahmen lehren uns, dass für eine adäquate Haltungs- und Bewegingsfunktionalität (dies befindet sich in unseren Termen: ausgeführt in zentrischer Positionalität) das folgende biomechanische Prinzip gilt: der Stützpunkt von dem aus zu einem Objekt aus der Umgebung bewegt wird, liegt immer außerhalb des Körpers.
- 3.** Bei exzentrischer Positionalität liegt dieser Stützpunkt im Körper. Ein exzentrisch funktionierender Patient hat unbewusst den Teil des Körpers, der mit der Umwelt in Interaktion steht, von einem nicht bewusst steif gehaltenen anderen Teil des Körpers, im Griff. Der Teil des Körpers der sich in der Interaktion befindet, wird durch den steif gehaltenen anderen Teil in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt und also durch diesen gesteuert.

4. Außerdem werde ich des Öfteren den Begriff der „Einatmungsbewegung“ in einer umfassenderen Bedeutung verwenden, als dies in der Umgangssprache gebräuchlich ist. Der Begriff der „Einatmungsbewegung“ wird für eine Vielzahl von Bewegungen verwendet, die für eine optimale Einatmung Voraussetzung sind und/oder eine Folge davon, und die in nahezu allen Geweben des Körpers wahrnehmbar sind. Wichtig ist dabei, dass man sich realisiert, dass die Veränderung der Einatmung ein Bestandteil jeder Orientierungsreaktion ist.

### **Die Therapie HBF für eine Patientin mit so genannten „Psychosomatische“ Beschwerden und so genanntem „Fobisch Verhalten“**

Frau L., Alter: 52

Warum wurde die Patientin zu mir geschickt?

Die Patientin erzählte mir, dass sie sich in den letzten zwanzig Jahren schlaff fühlte und das vornehmlich bei ruhigen Tätigkeiten und Ruhe.

Am meisten machten ihr die Anfälle von Beklemmung zu schaffen, die nach Anspannung und regen Beschäftigungen entstanden.

Der Aufenthalt in einem (kleinen oder großen) Raum rief bei ihr stets einen Angstanfall hervor, wobei die Atmung völlig gestört war.

Des Weiteren erzählte mir die Patientin, dass sie nicht konzentrieren konnte.

Den ganzen Tag lang litt die Patientin an Schmerzen im Schulterbereich, an Schmerzen im Nacken und an Schmerzen in der Stirn. Sie litt außerdem regelmäßig an Übelkeit.

Diese Beschwerden nahmen aber während geschäftigen Tätigkeiten sehr stark ab.

Die Patientin wurde ausführlich durch den Internisten und den Kardiologen untersucht.

Es wurden jedoch keine objektivierbaren Anzeichen für ihre Beschwerden gefunden.

#### **Die bisherige Therapie:**

- Die medikamentöse Behandlung verschaffte keine Linderung der Beschwerden, brachte aber Stumpfsinn hervor.

- Sie wurde ein Jahr lang wegen ihren Beschwerden von einem Psychologen behandelt.

- Die Patientin wurde, wegen der Schmerzen und um eine gute Atemstruktur zu erlernen, regelmäßig und lange Zeit Physiotherapeutisch behandelt.

### **Diese Behandlungen hatten ihr nicht geholfen.**

Bevor ich Ihnen das Konzept der Behandlung gemäß der Humanen Bewegungsfunktionalität beschreibe, will ich Ihnen mitteilen, dass sich die Patientin nach sieben Behandlungen (innerhalb des Zeitraumes von drei Monaten) nicht mehr beklemmt fühlte, während dem Aufenthalt in einem Raum keine Angstanfälle mehr auftraten und die Schmerzen verschwunden waren.

Unsere Ausgangspunkte führen zur folgenden Beschreibung der Beschwerden.

Wenn sie nichts zu tun hat oder wenn sie sich in einem kleinen oder großen Raum aufhält dann erfährt die Patientin einen schmerzhaften und dysfunktionierenden Körper, d.h. in Ruhe und während dem Aufenthalt in einem Raum kann sie nicht selbst Dinge aus der Umwelt zu einem Objekt für sich machen.

Unser tägliches Leben besteht aus: wahrnehmen von, bewegen nach, tasten nach, sich fügen in und fügen nach Objekten aus der Umwelt.

Die Patientin kann dies nur auf eine gespannte Art, nämlich dann wenn sie für rege Tätigkeiten ihre Aufmerksamkeit aufbringen muss.

Die Patientin ist also in Ruhe nicht (mehr) von sich aus auf Dinge in der Welt, in der sie sich bewegt, gerichtet.

Sie funktioniert also nicht mehr gezielt auf Dinge, die außerhalb ihrer selbst liegen, so dass ihre Aufmerksamkeit, beinahe von selbst, zu ihrem eigenen Funktionieren ohne Objekt gelenkt wird. Aber gerade das ist jetzt eine extreme Beschreibung von einem Funktionieren in exzentrischer Positionalität.

Und das bedeutet unvermeidlich, dass sie anfangen wird ihr Funktionieren zu steuern.

Für dieses Steuern schafft die Patientin Angriffspunkte in ihrem Körper, die als Startpunkte dienen, um von da aus das Bewegen zu steuern.

Das Kontrollieren dieser Bewegung ist für sie sozusagen sicher, aber dadurch dysfunktioniert sie in den oben genannten Situationen.

Während sie nichts zu tun hat und während dem Aufenthalt in den genannten Räumen nimmt die Unlust, basierend auf ihr exzentrisches Funktionieren, zu. Je mehr sie versucht diese Unlust zu vermeiden, desto exzentrischer funktioniert sie.

Auch im täglichen Leben behält die Patientin sich selbst, unbewusst, steuernd im Auge, wodurch sie nicht vital funktioniert. Indem sie Teile ihres Körpers festsetzt, um von da aus zu bewegen, wird der Bewegungsapparat verkehrt belastet.

Anders als so funktionieren/kommunizieren ist nicht möglich.

Dieses Dysfunktionieren ist die Ursache der Schmerzen und hält die Schmerzen aufrecht.

Die Therapie wird dann auch nicht direkt auf ihre Schmerzen oder auf ihr Dysfunktionieren, während sie nichts zu tun hat oder während des Aufenthalts in einem Raum, gerichtet werden müssen.

Um die alte vertraute Art des Umgangs mit der Wirklichkeit wieder möglich zu machen, wird nicht ihr reagierendes „Selbst“ darauf angesprochen werden müssen.

Ihr reagierendes „Selbst“ ruft immer ihre Form von Anpassung hervor, weil sie mit der Wirklichkeit nicht anders als auf ihre Weise umgehen kann.

Die ursprünglichen, spontanen, nicht von „oben her“ gesteuerten Reaktionsmustern, über die jeder Körper verfügt, werden wieder hergestellt werden müssen.

### **Wie ist das möglich?**

HBF

Ich schaffe kein bekanntes Muster, in das die Patientin sich einordnen kann.

Das heißt, das ich eine Stelle und Form von tastendem Kontakt suche, welche so Fremd sind, das die so vollständig außerhalb ihrer alltäglichen Erlebniswelt liegen, damit ihr exzentrisch reagierend "Selbst" dafür kein Reaktionsmuster vorhanden hat.

Was ich tue ist, behutsam ihr Wadengewebe zu berühren mit Respekt vor der Regulierung des Muskeltonus'.

Die Tonusregulierung des berührten Gewebes muss durch behutsames und respektvolles Berühren respektiert werden.

Mittels des berührten Gewebes sucht und stellt sich ihr Organismus auf ihre Weise auf meine Hände ein.

Meine Hände kommunizieren vor allem nicht absichtlich mit ihr.

Die Hände laden nicht ein und es gibt kein Erwartungsmuster. Anfangs wird nirgends nach gestrebt und es wird an nichts Bedeutung geschenkt, insofern das möglich ist.

### **Die erste Behandlung**

Vor der Behandlung erkläre ich der Patientin ganz ruhig, dass ich in ihrem Fall, ihre Wade berühre werde und warum diese nicht viel sagende, lang andauernde Behandlung ihr helfen kann. Ihr Fuß wird später in die Therapie miteinbezogen werden.

Bei dieser Patientin, die auf dem Bauch liegt, berühren meine Hände vierzig Minuten lang ganz leicht ihre Wade, wobei ich ab und zu die Stelle wechsele. Meine Hände fügen sich anfangs nicht in und nach ihrem Gewebe.

Ihr Wadengewebe reagiert mit Muskelkontraktionen und es entstehen Atembewegungen, die in der Wade fühlbar sind.

Ihr Einatmungsbewegung ist paradox dass heißt es ist einen Pressbewegung.

Warum ist die Einatmungsbewegung paradox?

Es ist eine paradox ausgeführte Funktion, weil die Muskulatur für die Einatmung keinen Raum schafft und der Organismus also einatmend die Einatmung behindert.

Der Widerstand gegen die Einatmungsbewegung wird verursacht indem in den Bauch-, Gesäß- und Beckenbodenmuskeln und in der Beinmuskulatur an der berührten Seite durch meine Berührung eine erhöhte Muskelspannung hervorgerufen wurde.

Das Becken kippt dadurch nach hinten. Die Tonuserhöhung ist auch in der Wade anwesend. Dies alles verrät eine starke und abwehrend reagierende Beteiligung an meine Berührung.

Die Stelle an der die Einatmungsbewegung behindert wird formt einen Stützpunkt, von dem aus die Patientin unbewusst Versuche macht, um den Muskeltonus des berührten Gewebes zu regulieren.

Je höher der Widerstand wird (durch das Anspannen von Bauch-, Gesäß- und Beckenbodenmuskulatur), desto mehr muss die Person pressen, um die Wade zu kontrollieren und desto nachdrücklicher wird die exzentrische Positionalität.

Nach einiger Zeit ist es so als ob das glatte, runde und straffe Gewebe durch die gebremste Einatmungsbewegung gegen meine Hände gedrückt wird. Dann wird das Gewebe weicher, die Kontraktionen werden weniger stark, wonach die Kontraktionen wieder schneller und stärker werden, um danach erneut schwächer zu werden.

Vier Tage nach der ersten Behandlung teilt mir die Patientin telefonisch mit, ob sie mit der Behandlung weitermachen will.

Diese Eigeninitiative ist natürlich sehr wichtig.

In erster Linie vergebe ich drei Termine, binnen eines Zeitraumes von vier oder fünf Wochen.

Nach der vierten Behandlung informiere ich mich bei der Patientin, ob sie die Behandlung fortsetzen möchte.

### **Die zweite Behandlung (auch diese Sitzung dauert vierzig Minuten, ebenso wie die folgenden)**

Beim Umfassen der Wade entsteht sogleich ein hart werden des Wadengewebes.

Die Einatmungsbewegungen werden stärker und schneller.

Nach einer Weile wird das glatte, runde und straffe Gewebe weniger angespannt, das Gewebe wird weniger hart.

Durch die Abnahme der Kraft des Anspannens sinken meine Hände in die Haut und in das unterhäutige Gewebe.

Nach einiger Zeit hört das Gewebe mit Anspannen auf.

Beim Verlagern meiner Hände entsteht sofort eine Erhärtung des Wadengewebes.

Plötzlich hört das Anspannen auf, und das Bremsen der Einatmung ebenfalls.

Der Bauch ist weniger eingezogen und die Muskelspannung ist gesunken.

Meine Hände sinken etwas in die Wade.

### **Die dritte Behandlung**

Beim Berühren fügt sich die Gewebsoberfläche in und nach meinen Händen.

Die Einatmung wird viel weniger gebremst.

Das Muskelgewebe ist jedoch unter meinen Händen unruhig und es ist ein leichtes Beben anwesend.

Beim Verlagern meiner Hände entsteht eine leichte Zunahme des Muskeltonus.

Das Muskelgewebe fängt hierbei heftig an zu beben.

Meine Hände verlagere ich nicht mehr, es entstehen jetzt vertiefte, nicht gebremste Einatmungsbewegungen.

Das oberflächliche Gewebe fügt sich sofort in und nach meinen Händen.

Ziemlich schnell wird die nicht gebremste Atmung weniger tief und kommt zur Ruhe.

Das Beben wird weniger, wodurch sich das Muskelgewebe nach meinen Händen fügt.

### **Die vierte Behandlung**

Bei der vierten Behandlung verliert das Muskelgewebe allmählich seine Unruhe, das oberflächliche Gewebe und das Muskelgewebe fügen sich geschmeidig in und nach meinen Händen.

Der Bauch wird nicht mehr eingezogen gehalten und die Gesäßmuskulatur ist nicht mehr angezogen.

Die Patientin wird schläfrig.

### **Die fünfte Behandlung**

Bei der fünften Behandlung versuche ich das Gewebe, was sich jetzt schon geschmeidig in und nach meinen Händen fügt, derartig zu stimulieren, dass meine Hände einfügend in und fügend nach dem Unterschenkel der Patientin werden können. Jetzt suche ich also schon absichtlich Kommunikation.

HBF

Das Stimulieren passiert indem ich eine einfügende Bewegung mit meinen Händen mache, worauf ich meine Hände langsam zurückziehe. Die Hände verlieren noch nicht ganz den Kontakt mit der Haut.

Der Frage ist ob der Körper der Patientin sich jetzt nach dem Stützpunkt unterhalb des Knies orientiert, um eine kleine Innenrotationsbewegung als Zuwendungsbewegung nach meine Hände zu machen, wobei die freie Einatmungsbewegung eine Exponent dieses Orientierens als Voraussetzung für die Realisierung von vitalem funktionieren, d.h. zentrischem funktionieren, wird.

### **Zuerst möchte ich die Behandlung weiter verdeutlichen:**

Zum ersten weiß die Patientin überhaupt nicht, wie ihr Körper reagiert, das passiert unbewusst. Natürlich kann sie sich selbst fühlen, aber gerade das sich selbst fühlen verhindert eine zentrische Körperorganisation.

Das zentrisch über den Körper verfügen können ist keine Frage des „Selbstbildes“ oder so etwas wie ein bewusstes „Körperschema“. Nein, es ist ein Aufgehen in die gesamte Entwicklung der Situation, von der die eigenen Bewegungen einen Bestandteil ausmachen.

Zentrisches Funktionieren ist ein sich verlieren in der Kommunikation mit dem Anderen oder das Andere und ruft immer eine „optimale Atmung“ und eine „optimale Muskeltonisierung“ auf, was übrigens eine Voraussetzung für die Realisierung einer vollständigen Kommunikation ist.

Dies ist nur möglich, wenn die Patientin mit ihrem Körper zentrisch funktionieren kann.

Wenn sie das nicht kann, d.h. wenn ihr Organismus auf eine persistente exzentrische Überwachungsfunktion eingestellt ist, dann ist zu einer echten Kommunikation mit den Objekten aus ihrer Umwelt nicht imstande und es entsteht dieses Anspannen der Wadenmuskeln gegen meine Hände mit den dazugehörigen gebremsten Einatmungsbewegungen.

Es muss jetzt also ein Haltungs- und Bewegungsmuster im gesamten Körper der Patientin entstehen, das ein kommunikatives fügen in und fügen ihres Wadengewebes nach meinen Händen ermöglicht, welche aber in keiner Weise von einer exzentrischen Position aus gesteuert wird.

Der Körper der Patientin muss selbst die organischen Einstellungen zurückfinden, um vital zu funktionieren.

Was sich in erster Linie durch die Orientierung ihres Körpers auf meine Hände mittels Veränderungen der isometrischen Muskelspannung realisiert.

Der Körper kann sich nur mittels Veränderungen der isometrischen Muskelspannung auf meine Hände orientieren, wenn eine nicht gebremste Einatmungsbewegung möglich ist.

Eine optimale Einatmungsbewegung entsteht, wenn das Diaphragma seinen Druck auf den Beckenboden abgeben kann.

Dafür ist eine verminderte Muskelkontraktion der Bauchmuskulatur, der Gesäßmuskulatur und der Außenrotatoren der Oberschenkel notwendig, die entsteht wenn das Becken durch das Anspannen der Innenrotatoren der Oberschenkel nach vorne kippt.

Das sich einstellende, orientierende und nachgebende Muskelgewebe wird dann in erster Linie Voraussetzung und Ursache für eine optimale Einatmungsbewegung.

Diese Körperorganisation kann sich durch kleine Innenrotationsbewegungen des Beines optimieren.

Um diese Körperorganisation zu realisieren ist ein Stützpunkt notwendig, der außerhalb des Körpers liegt. In diesem Fall ist das dort wo die Knie den Behandlungstisch berühren.

Der Körper muss sich dann an dem Stützpunkt des Knies, das auf dem Tisch ruht, orientieren.



Der Tisch wird der Stützpunkt für die Realisierung von kleinen Zuwendungsbewegungen, die in einer anderen Situation eine Absetzungsbewegung sein würde.

(Das Formen eines Stützpunktes für die Absetzungsbewegung unter dem Ballen des großen Zehs ist die optimale Körperorganisation in der stehenden Haltung für das zentrische Aufgehen in der Umwelt.)

Die Orientierung des Körpers an dem Knie, das auf dem Tisch ruht, resultiert aus kleinen Innenrotationsbewegungen des Beines gegen meine Hände.

Mit hierdurch entsteht eine völlig ungebremste Einatmungsbewegung.

Die Tiefe der Einatmungsbewegung drückt die Beteiligung des Körpers an der Umwelt aus.

Das Ziel der Therapie ist, dass die Patientin ihr Gewebe wieder kommunikativ in und nach meinen Händen fügen kann.

Ihr Körper muss sich dazu wieder an einem Stützpunkt außerhalb ihres Körpers für die Zuwendung zu einem Objekt aus der Umwelt orientieren können.

Das als sicher oder unsicher einschätzen des Objekts aus der Umwelt durch die Patientin, anders gesagt das Einschätzen des lustvollen oder des nicht lustvollen, kommt natürlich in der Kraft und in der Beschaffenheit der Absetzungsbewegung für die Zuwendung zum Ausdruck. HBF

Die Patientin muss die Hand dann auch als sicher einschätzen.

In der Zuwendungsbewegung kommt das kommunikative fügen in und fügen nach dem Objekt aus der Umwelt zum Ausdruck.

Von der Entdeckung ausgehend wie wichtig es für eine vitale, adäquate Bewegungsfunktionalität ist, dass der Stützpunkt von dem aus bewegt wird, außerhalb des Körpers liegt, und dabei bedenkend, dass in stehender Haltung der Absetzungspunkt dafür stets unter dem Ballen des großen Zehs liegt, wobei die Wadenmuskeln natürlich eine wichtige Funktion ausüben, kam ich auf die Idee, um die Bewegungssituation bei dieser Behandlung zu erweitern und näher an das tägliche Funktionieren zu bringen, durch während der Behandlung mit meiner anderen Hand einen Stützpunkt unter dem Vorderfuß zu kreieren. Dies schien des Öfteren eine sehr günstige Auswirkung zu haben.

Wenn auf diese Weise auf meiner anderen Hand unter dem Vorderfuß ein Stützpunkt kreiert wird, dann kann das Wadengewebe anhand von variablen isometrischen Muskelkontraktionen und kleinen Bewegungen meine Hand kommunikativ betasten.

Mit variablen isometrischen Muskelkontraktionen und kleinen Bewegungen orientiert sich der Körper auch anhand des Vorderfußes an meiner anderen Hand.

Meine Hand auf der Wade behält ihre Funktion weiter, um die Patientin zu einem vitalen fügen in und fügen nach den Dingen in ihrer Welt zu bringen. Meine Hand unter dem Vorderfuß simuliert die Funktion der Absetzungsbewegung, die meistens für die Zuwendung zu den Dingen wichtig ist.

Das sich Orientieren des Körpers an einem Stützpunkt unter dem Knie in liegender Haltung oder an einem Stützpunkt unter dem Vorderfuß in stehender Haltung impliziert die Entstehung einer mitgehenden Muskelspannung für eine optimale Einatmungsbewegung. Alle diese Bewegungen beeinflussen einander in einem Kreisprozess.

Noch mal: Dieser gesamte Kreisprozess verläuft automatisch und unbewusst.

## **Zurück zur Behandlung**

### **Die sechste Behandlung**

Meine Hände machen eine leicht umfassende, einfügende Bewegung in ihr Wadengewebe, danach ziehe ich meine Hände langsam zurück. Die Hände verlieren noch nicht ganz den Kontakt mit der Haut.

Die Körperorganisation ist jetzt derartig, dass sie ihren Unterschenkel jetzt leicht zu mir hin bewegt.

HBF

Diese Bewegung realisiert sich mit vom Stützpunkt der außerhalb ihres Körpers liegt aus, dort wo das Knie auf dem Behandlungstisch ruht.

Mit einer Hand unterstütze ich jetzt ihren Vorderfuß, die andere Hand macht jetzt eine leichte, umfassende und zurückziehende einfügende Bewegung in ihr Wadengewebe, wonach ich meine Hand wieder langsam zurückziehe.

Es realisiert sich eine spontane Orientierung an der unterstützenden Hand für das kommunikative fügen in und fügen nach meiner anderen Hand.

Der Körper der Patientin funktioniert jetzt lustvoll dynamisch, was die Basis für ein wieder auf Objekte aus der Umwelt gerichtet sein können formt.

### **Die siebte Behandlung**

Meine eine Hand umfasst leicht ihr Wadengewebe und mit meiner anderen Hand übe ich einen leichten Druck auf ihren Vorderfuß aus, wonach ich die Hand langsam zurückziehe.

Der Vorderfuß folgt meiner Hand. Gleichzeitig wird meine andere Hand durch das Wadengewebe gefüllt.

Durch meine Hand, während ich dabei die Intensität verändere, in zu fügen und zu fügen nach dem Wadengewebe, entsteht das Fügen in und das Fügen nach dem Gewebe mit der dazugehörenden Orientierung.

Der Grund für das Tasten ist von einem Punkt aus gegeben, der sich außerhalb des Körpers geformt hat.

Entstanden ist während der fünften Behandlung und hat sich weiter entwickelt während der sechsten und siebten Behandlung, die Kommunikation zwischen meinen Händen und dem Wadengewebe der Patientin, die immer deutlicher die gerade beschriebene zentrische Organisation des Haltungs- und Bewegungsmusters im gesamten Körper annimmt.

Endlich reagiert die Patientin in diesem Kontakt völlig in zentrische Positionalität: d.h., ihre Aufmerksamkeit ist nicht länger auf ihren funktionierenden Körper gerichtet, sondern sie verliert sich in der Kommunikation mit ihrer Umwelt.

Ihre exzentrische Überwachungsfunktion ist gleichsam ausgeschaltet.

Wie ich es bereits verkündet habe; nach sieben Behandlungen binnen des Zeitraumes von drei Monaten fühlte die Patientin sich nicht mehr schlaff, die Beklemmung war verschwunden, es traten auch keine Angstanfälle während des Aufenthaltes in einem kleinen oder großen Raum mehr auf und die Schmerzen waren auch nicht mehr da.

Rekapitulierend gab es in der Therapie fünf Stadien, die es zu unterscheiden galt:

- Eine Überwachungsfunktion durch die der Körper dysfunktioniert
- Eine passive Haltung des Körpers (siehe: vierte Behandlung)
- Das Entstehen einer Orientierung an den Händen
- Das Entstehen einer Orientierung an einem Stützpunkt außerhalb des Körpers, wodurch eine optimale Einatmung und eine Zuwendungsbewegung entsteht
- Das Entstehen von einem kommunikativen Fügen in und Fügen nach, das auf das Objekt aus der Umwelt, basierend auf einem Stützpunkt, der außerhalb des Körpers liegt, gerichtet ist.

### **Die Therapie der HBF für einen Patienten mit unteren Rückenschmerzen und Schmerzen in der dorsolateralen Seite des rechten Beines.**

Herr J., 50 Jahre alt; Busfahrer

(Den Patienten habe ich zum ersten Mal am 16.05.2001 gesehen.)

Seit 1990 hatte der Patient regelmäßig Rückenbeschwerden und ab und zu Schmerzen in der dorsolateralen Seite des rechten Beines.

Erst vor kurze gemachte Röntgenbilder der lumbalen Wirbelsäule wiesen Randwucherungen, vornehmlich an den Wirbelkörpern von L4 und L5, auf.

Daneben war eine starke Verschmälerung des Wirbelzwischenraumes L5-S1 vorhanden.

Im thoracolumbalen Übergang war eine geringe keilartige Verformung des Wirbels zu sehen.

In einer groben neurologischen Untersuchung gab es nichts Abweichendes zu sehen.

Er erzählte mir, dass er in den letzten zwei Monaten wegen den Schmerzen nicht mehr sitzen und länger stehen konnte. Er konnte sein Bein nicht strecken.

Bei Bück- und Hebetätigkeiten nahmen seine Schmerzen zu.

Er konnte mit diesen Schmerzen nicht arbeiten.

Die Schmerzen strahlten von der lateralen Seite des Os Sacrum nach der Rückseite des rechten Trochanter des Oberschenkels und von dort aus nach der dorsolateralen Seite des Knöchels.

Des Weiteren hatte er Schmerzen im Bereich des Spina Iliaca Posterior Superior.

Das Bein fühlte sich nicht taub oder prickelnd an.

In den Morgenstunden war es noch schmerzhafter und steifer.

Außerdem erzählte er, dass sein Nacken und seine Schultern in letzter Zeit steif und schmerzhaft wurden.

Nach dem Schlafen hatte er Schmerzen im Hinterkopf, die im Laufe des Morgens verschwanden.

Wenn der Patient vor mir auf dem Behandlungstisch sitzt, fällt die rund gehaltene thoracale und lumbale Wirbelsäule auf. Seinen Rumpf unterstützt er dabei, indem er sich auf seinen Händen stützt.

Die Halswirbelsäule steht anterior und in Retroflexion.

Nach einer groben neurologischen und orthopädischen Untersuchung bitte ich den Patienten darum, noch eine Anzahl von Bewegungen auszuführen. (Die grobe neurologische Untersuchung ließ keine neurologischen Ausfall- Erscheinungen erkennen)

Was erwarte ich im Prinzip bei einem Individuum, das zentrisch funktioniert und keine Beschwerden hat?

Eine Anzahl von Bewegungen werde ich nennen:

Erstens: Bei der Bitte sich einen Gegenstand, der vorher gesehen wurde und sich hinter dem Patienten befindet, anzusehen durch sich erst nach rechts und danach nach links zu drehen, erwarte ich, dass der Kopf etwas in die genannte Richtung lateralisiert und der allgemeine Körperschwerpunkt dadurch oberhalb der Stützfläche auf der Höhe des Ballens des großen Zehs zu liegen kommt, wodurch das Drehen des Körpers nach dem Gegenstand von dort aus statt findet.

Zweitens: Bei der Bitte einen Gegenstand, der vorher gesehen wurde und sich hinter dem Patienten befindet, erst links und dann rechts anzuweisen, erwarte ich, dass der Kopf des Patienten etwas in die genannte Richtung lateralisiert und der allgemeine Körperschwerpunkt dadurch oberhalb der Stützfläche auf der Höhe des Ballens des großen Zehs zu liegen kommt, wodurch das Drehen des Körpers von dort aus statt findet und das Bein von dem weg bewegt wird sich in der Hüfte und im Knie biegt.

Drittens: Bei der Bitte mit einem Buch in der Hand, zuerst mit der rechten Hand und danach mit der linken Hand, einen genannten Gegenstand anzuweisen der gerade vor dem Patienten steht, erwarte ich, dass sowohl die thoracalen als auch die lumbalen Wirbelkörper beim Anweisen mehr an der Seite der bevorzugten Hand nach hinten drehen als an der nicht handlichen Seite.

Viertens: Bei der Bitte um in stehender Haltung mit der Hand am Ohr vorbei über den Kopf hinweg zu reichen, erwarte ich keine „(leichte)Schmerzen“ der Muskulatur des sich bewegenden Oberarmes und des dazugehörigen Schultergürtels und ich erwarte auch keine Schmerzen im lumbalen Bereich.

Fünftens: Bei der Bitte um während des Stehens auf den Ballen der großen Zehen mit der bevorzugten Hand über den Kopf hinweg das Ohr zu erreichen, erwarte ich, dass die thoracalen und lumbalen Wirbelkörper an der Seite des sich bewegenden Armes etwas lateralisieren und nach hinten rotieren und ich erwarte nicht, dass die thoracalen Wirbelkörper sich nach vorne drehen und, dass die lumbalen Wirbelkörper nicht an der Seite der Bewegung durch den *Musculus latissimus dorsi* nach oben gezogen werden. Des Weiteren erwarte ich, dass bei der anderen Hand die thoracalen und lumbalen Wirbelkörper etwas lateralisieren und nach hinten rotieren, aber dann an der Seite der bevorzugten Hand.

Sechstens: Dass man sich ohne Schmerzen gerade hinsetzen kann, wobei die lumbalen Wirbelsäule lordotisch ist.

Siebtens: Dass bei einem vorsichtigen ruhigen variablen Druck in abwärts Richtung auf die *Processus Spinosi* der thoracalen und lumbalen Wirbeln pro Wirbel eine federnde Bewegung oder eine Gegenbewegung im Verlauf der Fazettgelenken entsteht.

Achtens: Dass bei einem vorsichtigen ruhigen variablen quer eindrücken der Muskulatur ein Nachgeben der Muskeln und ein angepasster variabler Tonus der Muskulatur entsteht, eine vitale Antwort.

Neuntens: Bei der Bitte um schnell, nicht rennend, einen angewiesenen Gegenstand in einem großen Raum zu holen, erwarte ich, dass beim Absetzen des Vorderfußes das Bein in den Knien durchgestreckt wird.

Der Patient weicht bezüglich meiner Erwartungen von allen diesen Punkten ab.

Die erwarteten Reaktionen sind schmerzhaft und die meisten sogar durch erhöhte und unfunktionelle Muskelspannungen unmöglich.

### **Betrachtung des Problems**

**1.** Auch auf der Pathologie der Bewegungssegmenten L5-S1 basierend entstehen Schmerzen bei diesem Patienten.

**2.** Außer der Zwischenwirbelscheibenpathologie sind es die Dysfunktionen des Bandapparates und die des Muskel-Nerven-Systems die bei der Entwicklung eines individuellen Haltungs- und Bewegungsmusters entstehen, die zu Defiziten im haltenden, tragenden und bewegendem Vermögen der Gelenke führen (vor allem die der Wirbelsäule). Diese Dysfunktionen sind direkt für Missstände in den Gelenken und für das Dysfunktionieren der Bewegungssegmenten verantwortlich, die zu einer Überbelastung der Strukturen führen und ihrem Bereich zu Pathologie.

**3.** Prof. Verberk hat in seiner Vorlesung in Freyung (siehe auch die Webseite Colleges, wo Sie seinen Vortrag über die Persistente Exzentrische Positionalität finden) einen Kreisprozess beschrieben, der als eine Vielzahl von Funktionen bestimmende Faktoren auf Bewegungssegmenten von niedriger Qualität angreift, die dadurch verwundbar sind. Wenn dort Schmerzen entstehen, dann führt das zu einer (meistens unbewussten) Überwachungsfunktion, die zu allerlei exzentrisch gesteuerten Eingriffen in das gesamte Haltungs- und Bewegungsmuster führt, wodurch meist schnell mehrere Gewebe nicht mehr „leben“, sondern „gelebt werden“. Dieses Eingreifen ruft einander verstärkende Anpassungsreaktionen der unfunktionellen Muskelspannungen, verkehrt belastete periartikuläre Strukturen und einen unfunktionellen Stand der Wirbel, etc. hervor. Dies alles verursacht und lässt wieder allerlei Formen einer authentischen Nociception weiter bestehen, so dass ein Teufelskreisprozess entsteht, der oft zu einem chronisch werden der Schmerzen führt.

### **4. Folgen sind keine Ursachen.**

Knochenformung, Zwischenwirbelscheibenverformung und veränderte Knochenstände in den Gelenken sind also nicht immer die Ursachen in einem Beschwerdemuster, sondern viel eher die Folgen eines verkehrt regulierten Bewegungsmusters.

Es ist dann nicht richtig, um geradewegs eine Anpassungsimmobilität anzupacken. Die Therapie dient nicht dazu, sich auf die Korrektur von Gelenken zu beschränken, sondern sie sollte primär auf die Wiederherstellung einer zentrischen Positionalität in Haltung und Bewegung gerichtet sein und also auf ein derartiges intentionales sich richten auf die Welt, damit die Haltungs- und Bewegungsfunktionen nicht beachtet werden und vollkommen routiniert verlaufen können, in Übereinstimmung mit den Gesetzen der menschlichen Biomechanik.

Die Gesetze können bei Patienten wie bei dem hier besprochenen Patienten nicht zu ihrem Recht kommen. Sie halten z. B. ihre Beine gebogen, und kommen somit einem Kippen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule nach vorne damit zuvor, in einem Versuch die dadurch auftretenden Schmerzen zu vermeiden.

Die tiefe Rückenmuskulatur verfügt dann nicht mehr über die Regulierungsfunktion, die Voraussetzung ist um zu einer adäquaten Streckung der Wirbelsäule zu gelangen (näheres hierzu findet sich unter dem sechsten Punkt).

Trotzdem wird ein Beschwerden- und Observationsmuster, wie es hier zur Diskussion steht, meistens als ein Bewegungsproblem aufgefasst, das durch ein wieder beweglich machen von entstandenen Begrenzungen des Bewegens aufgelöst werden kann.

Aufgrund der eigenen Praxisevaluation nahm diese Auffassung für uns den Charakter eines Missverständnisses an.

Wir sind eher dazu geneigt die Wurzel allen Übels in dem Verlust der Qualität des totalen, vitalen Funktionierens zu sehen.

## **5. Das Valsalva- Manöver**

Wie drückt sich die exzentrische Positionalität in der gesamten Haltung und im gesamten Bewegungsmuster aus?

Welche Körperorganisation entsteht dabei.

Das ist eine Körperorganisation, die zum Beispiel beim Tragen eines schweren Gegenstandes deutlich zum Ausdruck kommt.

Beim schweren Tragen wird die Sicherheit des eigenen Körpers zum Streit. In einer solchen Situation ist eine exzentrische Positionalität unvermeidlich: die Person beginnt ihren Körper zu steuern. Dies vollzieht sich in einem komplexen Prozess. Dieser Komplex, der beim schweren Tragen entsteht, wird Valsalva- Manöver genannt.

Das Valsalva- Manöver kommt durch das Anspannen der Bauchmuskeln, der Gesäßmuskeln, der Beckenbodenmuskeln und der Beinmuskeln zustande. Hierbei wird auch die Stimmspalte verengt, wodurch im abdominalen Raum eine Erhöhung des Drucks entsteht. Durch das Anspannen von Bauch-, Gesäß- und Beckenbodenmuskeln wird der Thorax nach vorne gezogen und das Becken nach

hinten gekippt. Indem das Becken nach hinten kippt, wird die lumbale Lordose abgeplättet.

Hierdurch entsteht eine gebremste Einatmung und die eingeatmete Luft wird lange festgehalten, wodurch die Rippen angehoben werden. Der Bauch und der Thorax verlieren ihre Beweglichkeit. Durch eine erhöhte Muskelspannung der Rumpf-Schultermuskeln, der Rumpf-Oberarmmuskeln, der spinocostale Muskeln, der oberflächlichen Rückenmuskeln und der vieler anderer Muskeln vorkommt man dem nach vorne Kippen des Rumpfes.

Der Tonus der Rückenmuskulatur, der Gesäßmuskulatur und der Beinmuskulatur wird hierdurch weiter erhöht.

Die obersten Extremitäten sind hierdurch etwas angezogen und zum Rumpf gezogen. Der Kopf steht hierdurch in Retroflexion und verliert seine Funktion, den allgemeinen Körperschwerpunkt oberhalb der Stützfläche auf der Höhe des Ballens des großen Zehs des sich absetzenden Fußes zu realisieren.

Das sich in Gleichgewicht halten verleiht Bewegungsarmut und befindet sich darum mit der Aktionsbereitschaft aller kommunikativen Möglichkeiten des Körpers zu den Objekten aus der Umwelt, die außerhalb des Körpers liegen, im Streit. Diese extreme Form der exzentrischen körperlichen Organisation (die für das Tragen eines schweren Gegenstandes nötig ist), ist für jede Form von exzentrischem Funktionieren exemplarisch, auch wenn alle genannten Funktions- Erscheinungen dann zumeist viel weniger extrem sind.

HBF

## **6. Der Verlust von zentrischer Positionalität durch Haltungsverfall**

Durch Tätigkeiten, die einen eintönigen Charakter haben oder die eine zu große Konzentration verlangen, entstehen leicht Dysfunktionen des Bandapparates und des Muskel- und Nervensystems.

Wenn die dabei ausgesuchten Bewegungsformen letztendlich aus nicht sich selbst korrigierenden Stellungen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule oder Teile dieser resultieren, dann entsteht unbewusst ein verkehrtes, exzentrisch gesteuertes Bewegungsmuster. Das heißt, dass die tiefe Rückenmuskulatur seine Funktion nicht mehr adäquat ausüben kann.

Die tiefe Rückenmuskulatur versorgt ja die unilateralen Kontraktionen sowie die Lateroflexion und Rotationen, die bilaterale Kontraktionsextension und die Stabilisierung abgesonderter Bewegungssegmente der Wirbelsäule. Man bezieht sich dann auf die Rumpf-Schultermuskeln, die Rumpf-Oberarmmuskeln, die spinocostale Muskeln, die oberflächlichen Rückenmuskeln und viele andere Muskeln um die Haltung zu handhaben. Hierdurch kommt die Muskulatur, die der Zuwendung der obersten Gliedmaßen reguliert, im Dienste der Handhabung der Haltung zu stehen. Auch hierdurch entsteht auf Dauer ein Teufelskreis von unfunktionellen Muskelspannungen, verkehrt belasteten periarticulären Strukturen und eine unfunktionelle Stellung der Wirbel, als eine unvermeidliche, notwendige Anpassung zur Handhabung der Haltung. Für das vitale Funktionieren muss die tiefe Rückenmuskulatur angesprochen werden, wobei der Stützpunkt für das Bewegen



wieder außerhalb des Körpers zu liegen kommt. In stehender Haltung liegt dieser meistens unter dem Ballen des großen Zehs.

### **Nun zurück zum Patienten:**

#### **Die Behandlung:**

**1.** Für die Wiederherstellung der tiefen Rückenmuskulatur die der unilaterale Kontraktion sowie die Lateroflexion, die Rotation und die Stabilisation der abgesonderten Bewegungssegmenten der Wirbelsäule versorgt, wird der Patient dazu aufgefordert, sich in einem Abstand von ein paar Metern von einem Gegenstand gerade hinzustellen.

Das bevorzugte Bein steht, so weit wie möglich gestreckt, hinter dem anderen Bein.

Danach bitte ich den Patienten darum, auf den Ballen seines großen Zehs Druck auszuüben, um von dort aus seinen bevorzugten Arm in Richtung des Gegenstandes zu schwingen.

Während des Absetzens weise ich auf ruhige Weise den thoracalen Wirbeln und den Wirbeln des thoracalen lumbalen Übergangs die Bewegungsrichtung an, eine Bewegungsrichtung, die zum Absetzen auf dem Vorderfuß und zum Schwingen des Armes gehört.

**2.** Für die Wiederherstellung der bewegenden Funktion (also nicht der haltenden Funktion) der Rumpf-Schultermuskeln und der Rumpf-Oberarmmuskeln lasse ich den Patienten für eine Absetzungsbewegung auf dem Ballen des großen Zehs seines bevorzugten Beines stehen.

Die bevorzugte Hand muss dabei über dem Kopf hinweg am Ohr vorbei gebracht werden.

Die Absetzungsbewegung muss die Bewegung der bevorzugten Hand unterstützen.

An den thoracalen und lumbalen Wirbeln weise ich mit meinem Daumen ruhig die Bewegung, die zu dieser Haltung und Bewegung gehört an, wobei ich die Wirbel vor allem nicht in Richtung des sich bewegenden Armes stimulare.

Danach behandle ich auf dieselbe Weise die andere Seite des Körpers, um danach nochmals die Seite der bevorzugten Hand zu behandeln.

### **3. Fortgesetzte Behandlung der Wirbelsäule**

Der Körper muss die Wirbel von sich aus so viel wie möglich zu ihrer funktionellen Stellung des Gelenkes hin bewegen. Diese Automatisierung ist durch die Folgen einer persistenten exzentrischen Positionalität gestört. Die weitere Behandlung ist darauf gerichtet diese Automatisierung wieder her zu stellen.

Der Patient sitzt dafür mit dem Rücken in meiner Richtung auf dem Behandlungstisch.

Ich fange damit an, dass ich meinen Daumen zum Processus spinosus von L5 bringe.

Danach taste ich den Processus vorsichtig ab.

Ganz vorsichtig drücke ich auf den Processus. Der Daumen ist dabei abwärts gerichtet und wartet auf Widerstand.

Bei Widerstand höre ich mit der Bewegung auf und warte jetzt gerade so lange, bis dass der Wirbel selbst mittels der pressenden Einatmungsbewegung eine drückende Bewegung gegen meinen Daumen macht.

Zunächst ist es ein zögerndes Drücken des Wirbels gegen meinen Daumen, wonach das Drücken anhand des Wirbels gegen meinen Daumen zunimmt.

Dies findet auf eine Art statt, in der vitale Merkmale des zentrischen Funktionierens fehlen, also als ob hier von einem exzentrischen Steuern die Rede ist

Dreißig Minuten lang behandle ich auf diese Weise die thoracalen und lumbalen Wirbel.

Während der Körper bisweilen die Wirbel zu ihrer optimalen Funktionsstellung hin bewegt, findet am Ende der Behandlung kein Drücken der Wirbel gegen meinen Daumen mehr statt, aber es entsteht eine ruhige, adäquate und nicht drückende Bewegung, d.h. eine spontane, selbstverständliche und federnde Gegenbewegung der Wirbel entsteht auf mein Anfassen hin.

Dies kann sich nur realisieren, wenn das exzentrische Steuern von Haltung und Bewegung aufgegeben wird und also auch die intentionale Einstellung zur Welt wieder adäquat funktioniert.

Wie beim vorherigen Fall beschrieben wurde, wird bei so einem adäquaten, intentionalen gerichtet sein auf die Welt der Stützpunkt für die bewegende Zuwendung zur Welt außerhalb des Körpers gesucht werden müssen und darf nicht irgendwo innerhalb des Körpers aufgebaut werden.

Der Patient teilte mir eine Woche später bei der zweiten Behandlung mit, dass ein großer Teil der Beschwerden verschwunden ist.

Bei der zweiten Behandlung wird dieselbe Behandlung angepasst.

Eine Woche danach teilt mir der Patient telefonisch mit, dass es ihm gut geht und, dass er seine Tätigkeiten wieder aufgenommen hat.

Fünf Monate später, bei einer Kontrolle, teilt mir der Patient mit, dass er noch immer schmerzfrei funktioniert.

**Copyright: C.G. de Graaf / Inst. Humane Bewegungsfunktionalität**