

Aanvulling op het college "vitale reciprociteit van mrt. 2010"

Een uitbreiding en een verduidelijking, mrt. 2011

Copyright: C.G. de Graaf

Vitaal reciproque functioneren is niet een zogenaamde psychische of geestelijke mogelijkheid maar is een functie van het organisme om de wereld met het organisme samen te doen vallen.

Vergeet niet dat de mens in zijn zogenaamde psychische of geestelijke motivatie louter lijf is.

In de ontmoeting is de ander ons niet als lichaam maar door zijn gedragingen gegeven.

Tegen Amand heb ik in 1989 onderstaande opmerkingen gemaakt en gelukkig heeft hij ze opgeschreven.

- Het voegen-in en het voegen-naar van het weefsel van het individu is niet gelijk aan het tasten zoals aftasten of voelend tasten.
- Het voegen-in en het voegen-naar bij het tactiele contact is een contact waarin het klikt; daarin wordt niet afgetast.
- Het voegen-in en het voegen-naar heeft te maken met opgaan-in, versmelten, vereenzelvigen verbonden zijn, het ik-zijn en het ander-zijn van de ander wordt gedepasseerd.
- Vanuit de beweging van toewending naar het individu, met het doel om aan te raken, ontstaat de instelling voor het tasten en het tastend voelen om vandaar uit te komen naar het een voegen-in en een voegen-naar.
- De instelling om te tasten en het tastend voelen zijn condities voor het voegen-in en het voegen-naar.
- Bij puur somatische pijnen van het bewegingsapparaat is er geen adequaat respons van de instelling om te tasten en het vitaal tastend voelen.
- Bijvoorbeeld: bij een ernstige depressieve of bij een stressvolle patiënt is er geen adequaat respons van het tasten laat staan een goed respons op het voegen-in en het voegen-naar.
- Het doen functioneren van de wervelkolom beweegt zich op het niveau van het tasten.
Het verzorgt de conditie voor het voegen-in en het voegen-naar.
- Een pijnlijke lijf verandert de betekenis van de verbondenheid met de dingen en met de ander.
Als het goed is, heeft het lijf vroeger die betekenis van verbondenheid doen ontstaan.

- De pijn verstoort die verbondenheid en daardoor het centrisch functioneren.
En zo ontstaat er een kringproces waardoor de pijn en de afweer en het onvermogen om tot verbondenheid te komen elkaar gaan versterken.
- Zekerheid is verbonden kunnen zijn. Zekerheid is iets wat ik zelf niet weet.
- Onzekerheid ken ik alleen als niet-weten wat te doen: dat is niet verbonden kunnen zijn.
- Letwel, tijdens het aanraken van de therapeut leert de patiënt tastend te zoeken om tot voegen-in en voegen-naar te komen zonder het verlangen daartoe te stimuleren.
- Tasten en vitaal tastend voelen is meestal bewust en kan beschouwd worden als een vitaal verlangen, als libido.
- Het zoeken moet weer opgeroepen worden om contact te maken, om weer te kunnen voegen-in en te voegen-naar.
- Tijdens het herstellen van de vitale reciprociteit moet de patiënt de kans krijgen om tijdens het ontmoetende contact met de handen van de therapeut, in dat contact te toeven (het voegen-in en het voegen-naar) zoals de Balinese baby. Het leerproces zit in het kunnen toeven.
- Tijdens het voegen-in en het voegen-naar worden de bewegingen van beide individuen adequaat opgevangen in het weefsel zonder dat er een tastende instelling ontstaat.

Het optreden van de vitale reciprociteit bij geven van een hand.

Individu **A** is blij om persoon **B** een hand te kunnen geven.

Persoon **B** is blij om een hand te krijgen van **A**.

Individu **A** neemt het initiatief.

Tijdens de toewendende beweging door **A** wordt een inadembeweging gemaakt bij het uitsteken van de hand en de arm.

B steekt bijna gelijktijdig naar **A** zijn hand en arm uit en maakt daarbij een inadembeweging.

De toewendende bewegingen laat de romp in beide situaties strekken.

Er ontstaat een uitadembeweging tijdens de ontmoeting van de hand van **A** met die van **B**, direct gevolgd door een uitadembeweging door **B**.

Tijdens deze uitadembeweging stelt de hand van **A** zich in op de hand van **B**.
De hand van **B** stelt zich in op de hand van **A**.

De daarbij behorende veranderingen van de instellingen van de spierspanningen voor het aanpassen naar elkaars handen vindt plaats tijdens deze uitadembeweging.

(Terzijde, tijdens een uitadembeweging wordt de object gerichte hand ingesteld op de andere hand via verhogende en verlagende spierspanningen. Deze instelling van verhogende en verlagende spierspanningen, zorgt er voor dat de mogelijkheid ontstaat voor het goed vitaal tastend voelen in de andere hand.

Zo gauw een vitaal tastend voelen is gerealiseerd, wordt alleen bij verandering van de beweginginstelling, de instelling van verhogende en verlagende spierspanningen gerealiseerd tijdens de uitadembeweging. Deze tastende instelling zorgt dan weer voor een vitaal tastend voelende inadembeweging.)

Hoe adequater het weefsel van de handen zich kan instellen hoe beter de tastbewegingen verlopen en hoe dieper de inadembeweging is.

De toewendende handen, armen en rompzijden hebben daardoor een dusdanige spierspanning dat deze spierspanning ruimte geeft aan een verdiepte inadembeweging.

Tijdens de inadembeweging wordt het weefsel van de hand zachter en het volume van het ontmoetende weefsel van de hand neemt wat toe.

Door de verdiepte inadembeweging van **A** ontstaat er ook een minder drukkend effect in de andere hand, waardoor de hand meer vitaal tastend kan voelen in de andere hand.

(Hoe harder de druk hoe hoger de spierspanning.)

Hoe hoger de spierspanning van de hand tijdens het tasten wordt ingesteld, hoe oppervlakkiger de inadembeweging zal verlopen en hoe minder er vitaal tastend gevoeld wordt.

De kwaliteit van het toeven in elkaars handen wordt bepaald door de opgeroepen spierspanning van het aanrakende weefsel.

B volgt met een inadembeweging.

Het weefsel van de hand van **B** verandert, de spierspanning daalt, waardoor het weefsel van de hand zachter wordt en het volume van het ontmoetende weefsel wat toeneemt voor het vitaal tastende voelen.

Door de eerste inzet van de inadembeweging van **A** volgt het weefsel van **B**, door het ruimte scheppend gedrag van **A**.

Het weefsel van **B** voegt zich in het weefsel van **A**.

De spierspanning van beide handen wordt gelijk.

Hierdoor ontstaat er een homeostase breuk er is geen communicatie meer tussen het weefsel van de handen. De handen laten los.

Het optreden van de verstoring van de vitale reciprociteit van de Balinese moeder met haar baby.

In haar observaties beschouwt Margaret Mead de Balinese moeder die haar baby op haar rug draagt als een eenheid.

Deze vorming van een eenheid (van verbondenheid) tussen het kleine kind en de moeder is het ontstaan van het Authentieke Zelf, deze wijze van zijn wordt beleefd en geleerd aan het lijf van zijn of haar verzorger.

De verzorger moet in de ontmoeting met de baby dan wel staan voor veiligheid en lustvol

Aan de grens van het lijf wordt het kind één met zijn of haar verzorger.

Het verbreken van de eenheid (de verbondenheid) tussen de moeder en het kind laat het kind huilen.

Het kind beleeft onlust.

Tijdens het aanleggen van de baby door de moeder heeft het weefsel van de moeder zich gereguleerd naar het lijf van de baby.

De Baby ligt tegen de rug van de moeder.

De rugmusculatuur van de moeder wat tegen het lijfje van de baby ligt heeft zich ingesteld voor de vitaal tastend voelende inadembewegingen van de moeder.

Het ontmoetende rugweefsel is daar zacht en vitaal.

Het voegen-in en het voegen-naar ontstaat tussen de moeder en de baby.

Moeder en baby zijn één.

De baby kleeft als het ware in het vitale weefsel.

Als de moeder schrikt verandert de instelling van de inadembeweging waardoor het weefsel dat contact had met de baby een hogere tonus krijgt.

Het ruimte gevende rugweefsel voor de inadembewegingen van de moeder is niet meer mede ingesteld op de baby.

De inadembewegingen van de moeder worden nu anders ingesteld.

Tijdens de uitadembeweging wordt dan niet de instelling gerealiseerd voor het vitaal tastende voelen.

De aansluitende spiertonus van de musculatuur met de baby is verbroken.

De eenheid van moeder en het kind is verbroken.

Waardoor de wereld van de baby wegvalt en er onlust bij de baby ontstaat.

Het weefselgedrag van een patiënt met een verstoorde vitale reciprociteit.

Het verbreken van de verbondenheid tussen de omgeving en het individu maakt dat het individu een beleving heeft van onveiligheid wat zich vertaalt in een niet lustvol lijf, onzeker lijf.

Er is een homeostase breuk ontstaan, de bestaande waarden van het individu kloppen niet meer met die van de omgeving.

De beleving van de onlust vraagt naar herstel van de communicatie met de omgeving.

De excentrische positionaliteit zorgt er voor dat het lijf tijdens de communicatie behoed wordt voor onlust.

Therapeuten HBF behoren lijfelijk te kunnen functioneren om de functie voor het ontstaan van een authentieke zelf van de patiënt te kunnen herstellen.

In de tactiele ontmoeting van patiënt en therapeut HBF behoort een authentieke zelfbeleving te ontstaan bij de patiënt.

Het organisme van de patiënt moet de functiemogelijkheid van het vitaal reciproque functioneren aan de handen van de therapeut herontdekken, waardoor de functie herstelt wordt van het kunnen opgaan in zijn of haar omgeving.

Via de vitale reciprociteit ontstaat tijdens het opgaan in het handelen het authentieke zelf. Een voorwaarde is wel, dat er veilig gefunctioneerd kan worden.

Het authentieke zelf kenmerkt zich (niet bewust) als een lustvol functionerend organisme.

De therapie.

Met de gehele hand omvat de therapeut de kuit, daar mag geen druk bij uitgeoefend worden.

Ook mag de therapeut het weefsel niet bewust trachten te voelen of te betasten.

Het neerleggen van de hand zal gepaard moeten gaan met een inadembeweging.

De patiënt zal ook bij de aanraking een inadembeweging maken maar de inadembeweging van de patiënt verloopt paradoxaal.

De tonus van het aangeraakte spierweefsel gaat daardoor omhoog.

Tijdens de uitadembeweging van de patiënt zal het spierweefsel van de kuit niet tastend ingesteld worden om vitaal tastend te kunnen voelen via de inadembeweging.

Er ontstaat geen instelling van verhogende en of verlagende spierspanningen, welke zorgt voor de mogelijkheid om goed vitaal tastend te kunnen voelen.

Er is een spierspanning ontstaan die de inadembeweging remt richting de aanrakende hand.

Dat wil zeggen dat het weefsel van de hand van de therapeut niet als vitaal tastend door de patiënt zal worden getaxeerd als communicatieweefsel.

De hand van de therapeut wordt als het ware buiten gesloten.

De spierspanning van het weefsel van de patiënt blijft over het gehele oppervlak van de aanraking hetzelfde of wordt nog hoger ingesteld.

Er ontstaat tijdens de uitadembeweging van de therapeut een verhogende spierspanning van de hand welke zorgt dat er tijdens de inadembeweging geen mogelijkheid ontstaat om het kuitweefsel goed vitaal tastend te voelen.

Het weefsel van de hand is wederkerig geworden aan het spierweefsel van de kuit en is daardoor minder vitaal geworden.

De therapeut zal de ontstane verhoging van de spierspanning van de hand verminderen door de hand iets minder zwaar op het beenweefsel te laten rusten.

Natuurlijk zijn de adembewegingen van de patiënt voelbaar voor de therapeut. Zelfs kunnen de adembewegingen synchroon verlopen.

De inadembewegingen van de patiënt zijn persende inadembewegingen.

Het lijf van patiënt realiseert niet een tastende voelende instelling van het weefsel voor de inadembeweging naar de hand van de therapeut.

De inadembeweging is gericht richting het gespannen weefsel en dit weefsel wordt tegen hand van de therapeut gedrukt.

Pas als een deel van het aangeraakte weefsel veranderingen van spierspanning gaat vertonen ontstaat er een doorbraak.

Delen van het aangeraakte weefsel van de patiënt veranderen tijdens de uitadembeweging van spierspanning, waardoor er een gestuurd voelend tasten ontstaat richting de hand.

Door de vermindering van de verhoogde spierspanning tast een onderzoekende persende inadembeweging de hand af.

Als de taxatie het sein op veilig zet, wil dat zeggen dat er geen onlustbelevingen meer zijn, er ontstaat tijdens de uitadembeweging een tastende instelling van het weefsel om vitaal tastend de hand te voelen via de inadembeweging.

(Van dit alles is de patiënt zich niet bewust).

Deze instelling van spierspanning van het weefsel van de patiënt realiseert dat het weefsel van de patiënt zich kan gaan vereenzelvigen met het weefsel van de hand van de therapeut.

De patiënt vertoeft dan via zijn spierweefsel in de hand van de therapeut.

De hand van de therapeut vertoeft in het kuitweefsel van de patiënt.

Dat wil zeggen dat het weefsel van de hand en het weefsel van de kuit aaneengesloten zijn met gelijke spierspanning.

Waarbij de adembewegingen welke merkbaar zijn in het weefsel zich naar elkaar voegen.

Zo gauw dit bereikt is er een homeostase ontstaan.

Er is geen communicatie meer tussen het weefsel van de hand en het kuitweefsel.

Een van beide partijen zal de homeostase gaan verbreken.

De therapeut wacht een tijd totdat de patiënt via een beweging van toewending met zijn onderbeen de hand gaat bewegen.

Maar zover is de patiënt nog niet gevorderd.

De therapeut zal zijn hand op een ander deel van de kuit leggen om de patiënt de kans te geven om op een andere plaats het voegen-in en het voegen-naar te realiseren in de hand van de therapeut.

Hierna zal de therapeut zijn hand leggen op de achterzijde van het bovenbeen voor het realiseren van het voegen-in en het voegen-naar met het weefsel van het bovenbeen naar de hand.

Na het intrede van de homeostase zal de therapeut wachten op een beweging van toewending van het bovenbeen.

De patiënt behoort het initiatief te nemen om een beweging van toewending te maken, dat is een conditie om centrisch te kunnen functioneren.

De patiënt kan daarvoor een beweging van toewending maken met het bovenbeen door een afzetspunt te realiseren onder de knie om vandaar uit het been te bewegen.

Als er uiteindelijk geen beweging van toewending ontstaat, dan kan de therapeut zijn beide handen leggen aan de dorsale zijde op de trochanteren majori van de bovenbenen.

De therapeut wacht nu op het vitaal tastende voelen, dat tastende voelen is nu een kleine endorotatie beweging van beide bovenbenen waarbij het bekken een kleine beweging voorover maakt, het bekken komt aan de achterzijde wat omhoog.

Het afzetspunt voor deze beweging wordt gerealiseerd onder de beide knieën.

Er kan een bewegingsspel ontstaan als de druk op de ene trochanter wat hoger wordt dan op de andere, het bekken maakt dan een schommelbeweging,

waarbij wisselend gesteund wordt op het steunpunt onder de ene knie en dan onder de andere knie.

De therapeut legt hierna zijn hand weer op de achterzijde van het bovenbeen om de patiënt de kans te geven het voegen-in en het voegen-naar weer te realiseren in de hand van de therapeut.

Als er een homeostase optreedt wacht de therapeut net zolang dat de patiënt een kleine beweging van toewending maakt met zijn bovenbeen om de ontstane homeostase te verbreken.

Het is de bedoeling dat de patiënt zich weer zeker gaat voelen, dat hij/zij zich verbonden kan voelen met datgene waarop hij/zij zich richt en dat betekent dat de vitale reciprociteit hersteld is.

Elk vitaal individu kan als de situatie daarom vraagt functioneren als een authentiek zelf, als een aandacht sturend zelf of als een belevend zelf.

Het organisme kan functioneren als een authentiek zelf, als een aandacht sturend zelf en als een belevend zelf.

Als het organisme functioneert als een authentiek zelf dan gaat het zelf als het ware op in zijn omgeving.

Als het organisme functioneert als een belevend zelf dan is het zelf als het ware de beleving van het lijf in communicatie.

Als het organisme functioneert als een aandachtig sturend zelf dan is het zelf als het ware datgene wat aandachtig een deel van het lijf stuurt.

Levensdrift is te beschouwen als communicatiedrift.

Wij communiceren op basis van taxatie.

De taxatie bepaalt het belang, de veiligheid en de onveiligheid van de communicatie voor het individu.

De oriëntatie reflex en de daarop volgende oriëntatie reactie worden gekenmerkt door taxatie, het is een reactie op wat is dat.

Een oriëntatie reflex en de daarop volgende reactie ontstaat bij de baby op nieuwheid.

Door deze functie maakt de baby zich de omgeving eigen.

Bij de baby richten en volgen de zintuigen de nieuwheid totdat er inhibitie optreedt. De nieuwheid wordt onbewust als lustvol of als niet lustvol beleefd.

De reactie van de baby wordt gekenmerkt door lustvol of onlustvol gedrag.

Toewending of afwending.

Bij de baby kenmerkt zich de reactie nog niet door een bewegingsinstelling welke resulteert in zich zelf handhaven t.o.v. van de nieuwheid.

Pas als er betekenis aan de nieuwheid gegeven kan worden dan is de oriëntatie reactie een zich handhaven t.o.v. van die nieuwheid.

Tijdens het toewenden of het afwenden of het zich handhaven t.o.v. de nieuwheid zal de oriëntatie reflex een voorspanning van de musculatuur geven die correspondeert met een bewegend toewenden of een bewegend afwenden naar/van de nieuwheid of een zich handhaven t.o.v. van die nieuwheid.

De musculaire voorspanning die opgeroepen wordt bepaald de wijze van de inadembeweging.

De musculaire voorspanning laat het bekken wat voorover of achterover kantelen of de voorspanning zorgt er voor dat er geen bekkenbewegingen optreden.

In stand zal bij toewending o.a. de ventrale bovenbeen spieren en de ventrale bekkenspieren een concentrische contractie vertonen en de dorsale bovenbeen spieren en de dorsale bekkenspieren zullen een excentrische contractie vertonen.

In stand zal bij afwending o.a. de ventrale bovenbeen spieren en de ventrale bekkenspieren een excentrische contractie vertonen en de dorsale bovenbeen spieren en de dorsale bekkenspieren zullen een concentrische contractie vertonen.

Bij het zich handhaven t.o.v. de ander zullen o.a. de ventrale bovenbeen spieren en de ventrale bekkenspieren een isometrische contractie vertonen, de dorsale bovenbeen spieren en de dorsale bekkenspieren zullen ook een isometrische contractie vertonen.

Bij toewending zal het bekken een kleine kanteling voorover maken waardoor de endorotatoren van de bovenbenen overgaan naar een concentrische contractie en de exorotatoren gaan over tot een excentrische contractie de inadembeweging wordt mede hierdoor naar de onderachterzijde van het bekken gericht.

Bij afwending zal het bekken een kleine kanteling achterover maken waardoor de endorotatoren van de bovenbenen overgaan naar een excentrische contractie en de exorotatoren gaan over tot een concentrische contractie de inadembeweging wordt hierdoor naar de ondervoorzijde van het bekken gericht.

Bij het zich handhaven t.o.v. van de ander zal het bekken geen kleine kanteling maken waardoor de endorotatoren van de bovenbenen een isometrische contractie vertonen en de exorotatoren een isometrische contractie vertonen de inadembeweging vindt hierdoor plaats hoog in de romp.

Ik heb een paar veranderingen beschreven die bij de oriëntatie reactie in het organisme optreden.

Het is natuurlijk evident dat tijdens de toewending naar het andere, de afwending van het andere en het zich handhaven t.o.v. het andere van dezelfde lijfsorganisatie gebruikt maakt als die bij de oriëntatie reactie.

Elk vitaal individu kan als de situatie daarom vraagt functioneren als een authentiek zelf, als een aandacht sturend zelf of als een belevend zelf.

Maar bij een persisterende excentrische positionaliteit is het niet mogelijk dat het individu functioneert als een authentiek zelf, of als een belevend zelf.

Ook is het bij een persisterende excentrische positionaliteit niet mogelijk zo'n adequate voorspanning van de musculatuur op te bouwen dat het toewenden of het afwenden naar het andere soepel verloopt.

Dit houdt in dat de functie van de oriëntatie reactie ook verstoord is bij een persisterende excentrische positionaliteit.

De excentrische positionaliteit is gebonden aan de cultuur en aan de sociale wetten van de omgeving waarin het individu leeft.

Door excentrisch te gaan functioneren kan het individu zich handhaven in die omgeving.

Het organisme leert via het aandacht sturende zelf om op te gaan in die omgeving.

Het leren aanpassen via excentrische positionaliteit zorgt er uiteindelijk voor dat de functie van de vitale reciprociteit zich weer herstelt.

Waardoor het lijf centrisch op kan gaan in de omgeving.

Bij het leren handelen welke gepaard gaat met excentrische positionaliteit hoeft niet de veiligheid en het lustvolle van het lijf in het geding te zijn.

Opgaan in het sturen van het lijf door het aandachtig sturende zelf is niet zodanig excentrisch functioneren dat er niet direct overgegaan kan worden naar centrisch functioneren.

Als een persisterende excentrische positionaliteit ontstaat dan is het niet mogelijk, op basis van taxatie, om het lijf veilig te laten functioneren via het aandacht sturende zelf.

Het aandachtig sturende zelf voorkomt een vitale reciproque verbondenheid met de bedreigende omgeving.

Door het verstoord functioneren van de vitale reciprociteit wordt het onvermogen groter om tot verbondenheid met wat dan ook te komen.

Het kunnen inleven, meeleven, doorvoelen van de omgeving door het authentieke zelf is niet meer mogelijk.

Het individu komt als het ware los te staan van zijn omgeving.

De wereld en de ander worden nietszeggend.

Er wordt een uitweg gezocht in drugs, alcohol, zelfrealisatie, pijn, depressiviteit en agressiviteit etc.

Het persisterende van de excentrische positionaliteit moet te niet gedaan worden.

Dat kan alleen door het herstellen van de functie van de vitale reciprociteit.

Om dit te bereiken kunnen therapeuten Humane Bewegingsfunctionaliteit u helpen door u op een zodanige wijze veilig aan te raken dat uw lijf zich kan invoegen en voegen-naar de handen van de therapeut, waardoor de functie van de vitale reciprociteit zich weer herstelt en er nieuwe mogelijkheden van verbondenheid met de omgeving kunnen ontstaan.

Als de aanraking als niet bedreigend wordt ervaren door de patiënt zal op een gegeven moment de spierspanning zodanig worden gereorganiseerd dat er een vitaal tastende voelende inadembeweging kan ontstaan naar de handen van de therapeut.

De functie van de vitale reciprociteit zal zich hierdoor gaan herstellen.

Men moet niet vergeten dat spieren zelf hun spanning reguleren en dat spieren hun spanning zelf veroorzaken en deze spierspanning registreren.

De regulatie van de spierspanning kan op diverse neurologische niveaus plaats vinden.

Via de feedbacklus van het extrafusaal spierweefsel of via de gamma motorische-lus naar de intrafusale spiervezels.

Copyright: C.G. de Graaf

Hartelijke dank aan K. Heerschop voor zijn waardevolle opmerkingen.