

Eine Entwicklungsübersicht über die Erkenntnisse der Behandlung der Wirbelsäule von 1981 bis Frühling 2004

C.G. de Graaf vom 14. November 2003

Korrigiert und ergänzt am 21-4-2004

Copyright: C.G. de Graaf/ Institut Humane Bewegungsfunktionalität

Übersetzung: Koen, Koop en Sacha Heerschop

1981 bin ich davon ausgegangen, dass sich mit der Zeit eine bevorzugte Haltung der hohen thoracalen Wirbelsäule an der rechten Seite nach links vorne entwickelt bei rechtshändig und rechtsbeinig eingestellten Individuen. Die hohe lumbale Wirbelsäule und die niedere zervikale Wirbelsäule kompensierten diese bevorzugte Haltung. Diese Kompensation wurde wieder aufgefangen durch die Veränderung des Standes der hohen zervikalen Wirbelsäule und der niederen lumbalen Wirbelsäule mit dem Becken. In der Exorotations-Position des rechten Beines und in der Endorotations-Position des linken Beines war z.B. diese Kompensation wieder zu finden. Die Übergänge wurden in der Höhe der sagittalen Kurven in der Wirbelsäule gesehen. Die entwickelte bevorzugte Haltung, die auf Basis des bevorzugten Handelns und der dazugehörigen kompensatorischen entstandene Lösungen, wurden als Quelle der Wirbelsäulenproblematik gesehen.

Die Therapie bestand aus dem Herstellen an der konvexen Seite der Wirbelsäule der close-packed Position der Bewegungssegmente. (die bevorzugte Haltung ist eigentlich natürlich nicht a-funktionell.) Der Patient wurde weiter motiviert um Muskelverstärkende Rückenmuskelübungen zu machen als Gegengewicht für die bevorzugte Haltung und kompensatorische Lösungen der Wirbelsäule.

1987 kam der Akzent in dem oben genannten Gedankengang zu liegen auf den Folgen des Vornüberkippens der hohen thoracalen Wirbelsäule auf dem restlichen Teil der Wirbelsäule. Die Wirbelsäule liegt an der Hinterseite des Körpers und das Handeln spielt sich an der Vorderseite der Wirbelsäule ab. Bei einem Qualitätsgebrauch des Bewegungsapparates kippen die hohen thoracalen Wirbel vornüber, was woanders reflektierend eine erhöhte Muskelspannung aufruft, das spontane Bewegen wurde hierdurch gestört. Das Vornüberkippen der hohen thoracalen Wirbelsäule und die Entwicklung eines eigenen individuellen Haltungs- und Bewegungsmusters gaben Mängel in das Haltungs- und Tragungsvermögen der Gelenke der Wirbelsäule.

Die Therapie bestand aus dem Herstellen der close-packed Position aller Wirbelsäulengelenke. Durch Übungen wurde weiter das Strecken der Wirbelsäule gefördert.

1990 wurde eingesehen, dass das therapeutische Fördern des Haltungs- und Tragvermögens der Wirbelsäulengelenke nicht ausreichend war, um die

Wirbelsäule optimal funktionieren zu lassen. Die Aufmerksamkeit kam auf den Aspekt des optimalen Funktionierens lassen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule zu liegen. Es wurde davon ausgegangen, dass es nicht die Zwischenwirbelscheibendegeneration und nicht die Dysfunktion des Band- und des Muskelsystems waren, die direkt verantwortlich waren für den Fehlstand der Gelenke und das dysfunktionieren der Bewegungssegmente, wodurch lokale Immobilitäten entstanden. Die Bewegungsstörung der Bewegungssegmente wurde deshalb nicht als Ursache der Beschwerden gesehen. Die Ursache wurde im Verlust der Qualität des total spontanen Funktionierens können gesucht. Es sollte ein Kreislauf sein wo eine Mehrheit der Funktionsbestimmenden Faktoren auf die Bewegungssegmente von geringer Qualität, die verletzlich waren, angreifen. Dabei entstand eine (meistens unbewusste) Bewachungsfunktion, die zu allerlei gesteuerter Eingriffe auf das totale Haltungs- und Bewegungsmuster führte. Dieses Eingreifen rief autonome Körperreaktionen hervor. Es entstand ein Teufelskreislauf von dysfunktionelle Muskelspannungen, falsch belasteten Gelenkstrukturen und einem dysfunktionelle Stand der Wirbel, als eine unvermeidliche, notwendige Anpassung an die gesteuerte Haltung und Bewegung. Die exzentrische Positionalität, die bereits anwesend war oder entstand durch oben genannte Ursachen, bekam jetzt deutliche Aufmerksamkeit als die instand haltende Quelle von Beschwerden.

Die Therapie müsste gründlich angepasst werden. Die Anpassungsimmobilität wird nicht mehr direkt symptomatisch angepackt, da diente eine ganzheitliche Annäherung folgt zu werden.

Es war notwendig das haltende und tragende Funktionieren der Wirbelsäule aus dem Kreislauf der gesteuerten Anpassung herauszuholen, um den puren spontanen Charakter der Funktion wieder möglich zu machen. Die Therapie wurde eine berührende Therapie, wobei keine der Behandlungsformen, die in der Physiotherapie und manuellen Therapie gebräuchlich waren, angewendet wurden. Es war dann auch nicht die Rede von energischem oder zwingendem Eingreifen. Die Therapie wurde darauf gerichtet, um den Körper selbst die Wirbel so viel wie möglich nach ihrem funktionellen Stand in den Gelenken bewegen zu lassen, aber auf einer solchen Weise, dass es spontan passierte. (Ein funktioneller Stand ist die Position, worin das Gelenk sein tragendes Vermögen am besten realisieren kann und worin die Freiheit des Bewegens optimal ist)

1997 wurde der Stand des Kopfes und die Absetzbewegung des Fußes auf der Stützfläche außerhalb des Körpers auf ein Umgebungsobjekt bezogen beim Entstehen der individuellen Bewegungsvorliebe vom und der Art der Zuwendung zum Objekt. Der Kopf hat durch sein Gewicht großen Einfluss auf den allgemeinen Körperschwerpunkt. Es musste Einsicht kommen in die Organisation der Absetzbewegung zum Umgebungsobjekt und in die Organisation für das Handhaben des Körpergleichgewichts auf dem Standbein. Anhand von Videoaufnahmen wurde Einsicht erlangt, wie der Körper sich bei Verstörung der stehenden Haltung handhabt. Der Punkt aus dem die Patienten, die aus einer exzentrischen Positionalität funktionierten, eine Bewegung starteten, wurde immer im Körper gelegen gefunden. Das Körperteil, das in Interaktion mit seiner Umgebung war, wurde durch den

exzentrisch eingestellten Patienten aus einem nicht bewusst starr gehaltenen Körperteil gesteuert. Diese Entdeckung gab mir die Einsicht, wie wichtig es für eine vitale, adäquate Bewegungsfunktionalität sei, dass der Stützpunkt, von dem aus Bewogen wird, außerhalb des Körper gelegen sein muss und dabei bedenkend, dass in stehender Haltung der Absetzpunkt davor immer unter dem Ballen des großen Zehs gelegen ist. Hierdurch kam ich auf die Idee, um die Bewegungssituation bei der Behandlung zu vergrößern und dichter zum täglichen Funktionieren zu bringen den Patienten im Stehen zu behandeln. Zurückgreifend auf die vorige Theorieformung und diese koppelnd an die letzte Entdeckung musste ich sagen bleiben, dass Folgen keine Ursachen sind. Knochenformung, Zwischenwirbelscheibenverformung und veränderte Knochenstände in Gelenken waren deshalb lang nicht immer die Ursachen in einem Beschwerdemuster, aber viel eher die Folgen von einem falsch regulierten Bewegungsmuster.

Die Therapie diente sich nicht auf die Korrektur der Gelenke zu beschränken, aber diente primär gerichtet zu sein auf Herstellung einer zentrischen Positionalität in Haltung und Bewegung, und deshalb auf einen solchen intentionellen Bezug auf die Welt, dass die Haltungs- und Bewegungsfunktionen depassiert wurden und völlig routiniert verlaufen konnten, in Übereinstimmung mit den Gesetzen des menschlichen Biomechanismus. Die Gesetze kommen nicht zu ihrem Recht bei Patienten, die ihren Stützpunkt nicht außerhalb des Körpers als Absetzpunkt für die Zuwendung zum Umgebungsobjekt gebrauchen. Durch Wirksamkeiten, die eintönig von Charakter sind, oder/und die eine große Konzentration beanspruchen, entstehen leicht Dysfunktionen des Bandapparates, des Muskelsystems und des Nervensystems. Dies gilt natürlich auch für ein Trauma wenn das Zügeln des Gelenks in zweiter Instanz verfehlt. Wenn die dabei gewählten Bewegungsformen letztendlich resultieren in sich nicht selbst korrigierenden Ständen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule oder Teile davon, entsteht unbewusst ein falsches, exzentrisch gesteuertes Bewegungsmuster. Wegen dem Verlust des Funktionierens in zentrischer Positionalität tritt Haltungsverfall und Bewegungsverfall auf. Die tiefe Rückenmuskulatur wird beim vitalen Funktionieren angesprochen durch die Absetzbewegungen des Fußes, wobei der Stützpunkt vor dem Bewegen außerhalb des Körpers liegt. In stehender Haltung ist dies meistens unter dem Ballen des großen Zehs. Die tiefe Rückenmuskulatur versorgt ja die unilateralen Kontraktionen sowie die Lateroflexion und Rotation, die bilaterale Kontraktionsextension und die Stabilisation der einzelnen Bewegungssegmente der Wirbelsäule. Durch den Verfall des vitalen Funktionierens wird jetzt die Rumpf-Schultermuskulatur, die Rumpf-Oberarmmuskulatur, die spinocostale Muskeln und die oberflächlichen Rückenmuskeln und viele andere Muskeln beansprucht, um die Haltung zu regulieren. Hierdurch kommt die Muskulatur, die die Zuwendung der obersten Gliedmaßen reguliert, im Dienst der Handhaben der Haltung. Auch hierdurch entsteht auf Dauer ein Teufelskreis der dysfunktionelle Muskelspannungen, falsch belasteten periarticulären Strukturen und dysfunktionelle Stand der Wirbel als eine unvermeidlich, notwendige Anpassung zum Handhaben der Haltung.

2003 wird die Therapie nach Studie von Videomaterial über das Wegdrücken eines Objektes und das Werfen eines Objektes ausgebreitet. Auf Basis des Überkopfwurfens eines Balles oder des Umwerfens eines großen Objektes wird Einsicht erlangt über die Ausgangsposition der Bewegungssegmente der Wirbelsäule bei diesen Bewegungen. Die Anfangsphase der Bewegung der Wirbelsäule ließ die Ausgangsposition sehen, von den Bewegungssegmenten der Wirbelsäule und lieferte dadurch Informationen über die Qualität des Werfen- und Drücken können. Wenn die Bewegungssegmente der Wirbelsäule nicht aus einer gestreckten Haltung eine zuwendende Bewegung machen konnten, dann verlief die Bewegung nicht optimal.

Im Frühling 2004 kristallisierten sich die Einsichten für das optimale Handeln weiter heraus. Das optimale Handeln musste sich im Stand kennzeichnen durch eine derartige Organisation des Körpers, dass eine Übereinstimmung entsteht zwischen notwendiger Kräftigkeit, Schnelligkeit und Präzision, um mit dem Objekt umzugehen. Der Grad der Handhaben können des Körpergleichgewichts bestimmt die Qualität des Handelns mit dem Objekt mit. Wie organisiert sich das optimale Handeln? (natürlich nach Taxation des Umgebungsobjekts.) Das Bein, das die Absetzbewegung realisiert, trägt Sorge, dass das Körpergleichgewicht gehandhabt bleibt, durch den allgemeinen Körperschwerpunkt über der Stützfläche des unterstützenden Beines zu positionieren. Durch den allgemeinen Körperschwerpunkt stets derart zu versetzen auf dem Hüftkopf des unterstützenden Beines realisiert sich das Körpergleichgewicht für das Handeln mit dem manipulative Arm und der manipulative Hand. Bei Verlust an Bewegungsqualität soll bestrebt werden, um das Körpergleichgewicht soweit wie möglich festzusetzen über dem unterstützenden Bein, wodurch der allgemeine Körperschwerpunkt einen festeren Platz bekommt.

Die Haltung wird charakteristischer und das Bewegen verarmt. Das Handhaben des Körpergleichgewichtes hat immer Priorität über das manipulative Bewegen. Bei Verlust an Bewegungsqualität ist das optimale Handhaben des Körpergleichgewichtes gestört. Hierdurch kann keine adäquate Ausgangsposition für das Bewegen durch die Bewegungssegmente der Wirbelsäule eingenommen werden.

Wirksamkeiten, soziale Umstände, Traumas und Alterung tragen Sorge, dass die Haltung wegen des Handhabens des Körpergleichgewichtes charakteristischer wird. Dadurch, dass der Akzent für das Funktionieren auf dem Handhaben des Körpergleichgewichtes zu liegen kommt, vermindert das adäquate Strecken der Wirbelsäule, für die Realisierung der zuwendenden Bewegungen. Der Körper funktioniert dann soviel wie möglich aus einem stabilen Gleichgewicht. Die Kennzeichen der fließenden Bewegungen, die eigen sind, um aus einem labilen Gleichgewicht zum anderen überzugehen, werden jetzt zeitlich so kurz wie möglich gehalten. Die Bewegungen werden holprig.

Soweit C.G. de Graaf

