

## De persistente excentrische positionaliteit

Copyright: C.G. de Graaf / Inst. Humane Bewegingsfunctionaliteit

19 juni 2008

### Inleiding

Onder een persisterende excentrische positionaliteit wordt verstaan het langdurig handhaven van de excentrische positionaliteit welke gepaard gaat met een fluctuerende geremde adembeweging.

Een beschrijving van de excentrische positionaliteit kunt u vinden in het college "Excentrische Positionaliteit en het Chronische Pijnsyndroom", door prof. dr. A.J.A. Verberk.

De persisterende excentrische positionaliteit kan worden opgevat als de motor waardoor veel aandoeningen niet adequaat kunnen genezen maar is ook de motor voor het uitlokken van een diversiteit aan aandoeningen.

Een persisterende excentrische positionaliteit ontstaat door het langdurig ervaren van onveiligheid welke de existentie van het individu aantast.

Hierdoor krijgen bijna alle situaties voor het individu een bedreigend element waardoor het individu in al die situaties excentrisch gaat functioneren.

Door deze onveiligheidsgevoelens wordt de grip op het functioneren van de lichaamsdelen nog meer verstevigd door het verder aanspannen van o.a. de buikspieren en door het nog meer heffen van de ribben via een inadembeweging, om daarna de ribben in deze stand vast te houden.

Door het aanspannen van o.a. deze spieren worden de inadembeweging en de uitadembeweging in hun functioneren belemmerd

De bemerking van het eigen lijf betekent dat de krachtbaarheid van de excentrische positionaliteit toegenomen is.

Hierbij wil ik niet vergeten te melden dat in sommige gevallen die zeer veel aandacht vragen de inwendige druk van de abdominale- en thoracale ruimte kortstondig verhoogd kan worden, de excentrische positionaliteit functioneert hierbij optimaal.

Het bekken wordt daarbij vastgezet om een geforceerde expiratie mogelijk te maken.

Door geforceerd uit te ademen tegen de gesloten stemspleet wordt de inwendige druk van de abdominale- en thoracale ruimte verhoogd.

Deze manoeuvre heet 'de Valsalva manoeuvre' en ontstaat normaliter bij het tillen van zware voorwerpen.

In deze les zal een therapeutische oplossing worden besproken als een mogelijke aanzet om de persisterende excentrische positionaliteit te doorbreken en het ademen te normaliseren.

### De normale en veelvuldig voorkomende excentrische positionaliteit

Excentrisch functioneren is de houdings- en bewegingskwaliteit waarin de afstemming van alle kinetische functieaspecten gestuurd wordt door 'het aandachtig-sturende zelf' en er niet beantwoord wordt aan de van belang zijnde omgevingsaspecten, waardoor de relatie tussen lijf en omgeving als het ware los van elkaar blijft.

Bij excentrische positionaliteit worden de vaste steunpunten voor het handelen zowel in als buiten het lijf gevormd.

Er wordt een afzetbeweging gemaakt vanuit een steunpunt onder de voet. Deze afzetbeweging realiseert een steunpunt binnen het lijf om vandaar uit te gaan te gaan handelen.

Deze afzetbeweging wordt dus niet gekenmerkt door een gerichte krachtdadige

beweging naar een object dat buiten het lijf gelegen is.

Bij excentrisch functioneren wordt de afzetbeweging meestal gemaakt door de voet aan de 'niet' dominante lichaamskant.

Bij centrisch functioneren wordt de afzetbeweging meestal gemaakt vanuit de voet aan de dominante lichaamskant.

Op basis van dominantie is 'het aandachtig-sturende zelf' het meest gericht op het sturen van de lichaamsdelen die gelegen zijn aan de dominante lichaamskant.

De afzetbeweging die gemaakt wordt aan de 'niet' dominante lichaamskant realiseert dat het bekken het steunpunt wordt van waaruit bewogen kan worden.

Daarvoor wordt o.a. de musculatuur van de benen, van het bekken, de bekkenbodemspieren, de buikspieren en de inademspieren van de ribben aangespannen.

Het bekken kantelt hierbij wat achterover waardoor de voorzijde van het bekken omhoog komt.

De musculaire spierspanning aan de 'niet' dominante lichaamskant is hoger dan aan de dominante lichaamskant.

De ribben zijn geheven door een inadembeweging waarna ze in deze stand vastgehouden worden.

Doordat het bekken door de afzetbeweging aan één lichaamskant vastgehouden wordt kan 'het aandachtig-sturende zelf' het bewegen van het andere been gericht sturen.

Het bekken is de basis van waaruit 'het aandachtig-sturende zelf' de lichaamsdelen stuurt.

De romp krijgt door het stabiel houden van het bekken houvast voor het sturen van de bovenste lichaamsdelen.

Het bewegen vanuit deze steunpunten is niet gekenmerkt door een spontaan bewegen van het gehele lijf naar object buiten het lijf.

Om de bovenste lichaamsdelen te sturen worden de ribben meer geheven en vastgehouden dan bij het sturen van de onderste lichaamsdelen.

Het bovenste deel van de romp wordt hierdoor 'het steunpunt' van waaruit 'het aandachtig-sturende zelf' de bovenste lichaamsdelen sturend kan gaan bewegen.

Het lijf gaat zich hierdoor rigide gedragen, waardoor het bewegen gekenmerkt wordt door labiliteit.

Door de verhoogde spierspanning worden het bekken en de ribben belemmerd in het bewegen hierdoor wordt de inadem- en de uitadembeweging belemmerd.

Het diafragma vlakt verminderd af en we zien een versnelde en niet diepe inadembeweging, welke zich onder de ribbenboog manifesteert.

De adembeweging is niet gericht op de situatie maar op de functie zelf.

'Het aandachtig-sturende zelf' kan één arm met gerichte aandacht sturen of meerdere lichaamsdelen kunnen met aandacht gestuurd worden maar dan moeten de lichaamsdelen gelijksoortige bewegingen maken.

Zo gauw de spierspanning zakt en de aandacht niet meer gericht wordt op het eigen lijf neemt de excentrische positionaliteit af en kan er weer vrij geademd worden.

De excentrische positionaliteit wordt ook gebruikt bij het aanleren van complexe, veel voorkomende handelingen, die al doende worden geautomatiseerd doordat ze als 'patroongeneratoren' worden vastgelegd in de basale kernen van de hersenen of op andere plaatsen in het centrale zenuwstelsel, waardoor uiteindelijk het lichaamsdeel

die verrichtingen kan uitvoeren zonder enige tussenkomst van een aandachtsgericht en sturend zelf.

### **Een voorbeeld van excentrisch functioneren.**

#### **Het leren schrijven**

Hoe reguleert de excentrische positionaliteit het leren schrijven?

De arm en de hand moeten precies zo door het 'aandacht-sturende zelf' gestuurd worden dat de letters even groot en in de zelfde stijl op het papier komen te staan. De hand kan niet zomaar wat doen, de hand mag niet een spontane actie uitvoeren die opgeroepen wordt door een situatie.

Om sturend te schrijven behoort 'het aandachtig-sturende zelf' vanuit het vastpunt in het lijf zodanig de spierspanning van de schrijvende hand te reguleren op datgene wat er geschreven moet worden.

Het 'aandacht-sturende zelf' reguleert de opwaartse schrijfbeweging en de neerwaartse beweging.

De ribben zijn aan de niet schrijvende kant het meest geheven.

Naargelang het sturende schrijven van de letter a (en alle andere tekens en schrijfeffecten) steeds bevredigender verloopt, is er sprake van een leerproces, samengaan met variërende krachtopbouw en krachtvermindering in de richting van arm en hand.

Dat leerproces bestaat eruit, dat in cerebrale netwerken volledig wordt vastgelegd, hoe het schrijven van de a (en andere schrijfeffecten) wordt uitgevoerd.

De complexe schrijfhandelingen zijn geautomatiseerd en als 'patroongeneratoren' in de basale kernen van de hersenen vastgelegd.

Alle kenmerken van excentrische positionaliteit verdwijnen uiteindelijk.

De hand- en vinger-bewegingen verlopen volledig niet bewust ('automatisch') vanuit die cerebrale netwerken en het is alsof de hand zelfstandig functioneert.

Het 'aandacht-sturende zelf' heeft daarbij geen taak meer.

Het 'aandacht-sturende zelf' beperkt zich tot het initiatief om te schrijven en tot het bedenken wat er geschreven moet worden.

Bij de uitvoering daarvan depasseert het de hand, d.w.z. de volle (onbewust) schrijf-aandacht is dáár waar het geschrevene ontstaat: op het papier.

De schrijf-bewegingen-zelf krijgen geen aandacht meer alleen hun effect krijgt aandacht.

#### **De persistente excentrische positionaliteit**

Onder een persisterende excentrische positionaliteit wordt verstaan het langdurig handhaven van de excentrische positionaliteit welke gepaard gaat met een fluctuerende geremde adembeweging.

Het toewenden roept geen inadembeweging op.

Een persisterende excentrische positionaliteit ontstaat door het langdurig ervaren van onveiligheid welke de existentie van het individu aantast.

Bijna alle situaties krijgen daardoor voor het individu een bedreigend element waardoor het individu in die situaties excentrisch functioneert.

Om toch grip op deze onveiligheidsgevoelens te krijgen wordt de grip op het eigen functioneren van de lichaamsdelen verstevigd door o.a. nog meer de musculatuur van de benen, van het bekken, de bekkenbodemspieren, de buikspieren en de inademspieren van de ribben aan te spannen.

Door de verhoging van de spierspanning neemt de functie mogelijkheid van de

excentrische positionaliteit toe.

'Het aandacht-sturende zelf' kan hierdoor de lichaamsdelen nadrukkelijker sturen. Zo gauw als de gerichte aandacht zodanig is toegenomen dat het gestuurde lichaamsdeel maximaal door het gedrag van de persisterende excentrische positionaliteit onder controle staat neemt de spierspanning af maar het gevormde functioneringsgedrag voor die situatie blijft echter wel gehandhaafd. Hoe hoger de spierspanning wordt om het lichaamsdeel te sturen hoe meer 'het aandacht-sturende zelf' zich identificeert met het lichaamsdeel. Het gevoelde lichaamsdeel wordt grotendeels als het ware de sturende persoon.

Tijdens het persistent excentrisch functioneren worden bepaalde botstructuren in hun momentane posities zodanig gehandhaafd t.o.v. de bewegende botstukken dat daardoor het spontaan bewegen van alle botstructuren t.o.v. elkaar verstoord is.

### **Een paar voorbeelden van persistent excentrisch functioneren**

#### **Het beschermen van een pijnlijke rechterhand**

Het bewegen van de arm en de pijnlijke hand moet onder controle komen van het 'aandacht-sturende zelf'.

De hand mag niet zomaar wat doen, de hand mag niet een spontane actie uitvoeren die opgeroepen kan worden door de situatie.

De arm en de hand worden voor het lichaam gehouden.

De ribben worden aan de niet pijnlijke kant het meest geheven.

Dat wil zeggen de arm en de hand moeten nadrukkelijk door 'het aandacht-sturende zelf' in de gaten gehouden worden.

'Het aandacht-sturende zelf' is hierbij niet selectief gericht op de pijnlijke rechterhand, maar 'het aandachtig-sturende zelf' is gericht op het handhaven van de ingestelde houding en beweging dit ter voorkoming van de pijn.

#### **Schrijfkrimp en RSI/CANS**

Schrijfkrimp in de arm en hand van de docent.

RSI/CANS van de hand en arm t.g.v. het gebruik van de computer.

De aandoeningen zijn in beiden casussen te verklaren doordat het lichaamsdelen niet als vanzelfsprekend kunnen functioneren.

RSI/CANS kan ontstaan door een te hoge werkdruk of door het dwangmatig moeten winnen van een gespeeld spel op de computer. In beide gevallen is er sprake dat de arm gestuurd moet/gaat worden in zijn bewegen door 'het aandachtig-sturende zelf'.

De excentrische positionaliteit verdwijnt pas als de impuls om toe te wenden komt vanuit de situatie en opgepakt wordt door het individu.

Dat betekent dat de lijfsbeleving moet komen te staan in het teken van het omgaan met de situatie.

Maar als het individu zijn aandacht moet blijven richten op het bewegen zelf dan kan een ingezette functie niet adequaat tot stand komen, ofwel niet 'automatisch' verlopen.

Waardoor 'het aandacht-sturende zelf' actief gericht blijft op het bewegen-zelf en tegelijkertijd gericht blijft op het handhaven van de houding om de gestuurde beweging mogelijk te maken.

De excentrische positionaliteit neemt hierdoor niet af en verdwijnt niet waardoor hij overgaat in een persistent excentrisch functioneren.

Door het persisterend excentrisch functioneren blijven de al vastgelegde neurale

circuits in de hersenen voortdurend geactiveerd waardoor de geautomatiseerde handelingen die in de hersenen zijn vastgelegd verstoord worden door het optredende van de steeds terugkerende interacties met de rest van de hersenen. Zie ook: G. Edelman en G. Tononi: "A universe of consciousness" blz 188, Basic Books (Perseus Group)

In deze vorm van persistente excentrische positionaliteit wordt het lichaam 'gebruikt', om te functioneren.

### **De lijfsbeleving en de excentrische positionaliteit**

Toename van de spierspanning doet de lijfsbeleving toenemen, normalisatie van de spierspanning doet de lijfsbeleving afnemen.

Afleiding kan de spierspanning kortstondig doen zakken waardoor de lijfsbeleving verandert.

Het individu kan zijn lijfsbeleving van onlust o.a. teniet doen door toe te geven aan allerlei vormen van agressie.

Bij bepaalde personen neemt de lijfsbeleving toe b.v. door te snel rijden en gewelddadige acties.

Het toenemen van de functie mogelijkheid van de excentrische positionaliteit bij angstige, zwaarmoedig gestemde of gestreste patiënten kan zorgdragen dat de onlustgevoelens toenemen.

Zwaar demente patiënten zijn niet in staat om 'het aandacht-sturende zelf' te richten op een lichaamsdeel.

Hierdoor is er zo goed als geen zelfbeleving maar er is wel lijfsbeleving.

Als door een gespannen situatie de functie mogelijkheid van de excentrische positionaliteit toeneemt door de toenames van de spierspanning dan kan deze spanning weer verminderd worden door te gaan huilen, te gaan lachen, te gaan zingen, te gaan lamenteren en door het maken van bewegingen.

### **De centrische positionaliteit**

Centrisch functioneren is de houdings- en bewegingskwaliteit waarin de afstemming van alle kinetische functieaspecten op elkaar perfect beantwoordt aan de van belang zijnde omgevingsaspecten, zodat de relatie tussen lijf en omgeving als het ware een symbiotisch geheel wordt.

Bij centrische positionaliteit wordt het steunpunt voor het handelen altijd gevormd buiten het lijf, vanuit dat steunpunt vormt zich de gerichte krachtadige afzettende toewendingsbeweging.

### **Een therapeutische oplossing**

'Er zijn een aantal redenen om aan te nemen, dat zowel het ventilatievolume alsook de wijze, waarop deze ventilatie tot stand komt, in de context van de pathische existentie van het subject geschiedt'.

F.J.J. Buytendijk in zijn Prolegomena van een Antropologische Fysiologie blz.:310

### **Een veilig getaxeerde aanraking**

De patiënt behoort voor deze therapie op de buik te liggen met de onderbroek aan. De gluteaalmusculatuur wordt tijdens deze therapie behoedzaam en met respect aangeraakt.

Waarom moet de gluteaalmusculatuur aangeraakt worden?

Daar de therapie zal moeten trachten het persisterende karakter van de excentrische positionaliteit te doorbreken en het bekken is de basis van waaruit 'het aandachtig-sturende zelf' de lichaamsdelen stuurt.

De therapeut behoort zich bewust te zijn van het feit dat het aanraken van de gluteaalmusculatuur belastend is voor de patiënt, de excentrische positionaliteit zal hierdoor toenemen.

Er zal naar gestreefd moeten worden dat de behoedzame en respectvolle aanraking van de gluteaalmusculatuur door de handen van de therapeut als veilig door de patiënt getaxeerd worden.

De musculaire tonus van de patiënt zal geëerbiedigd moeten worden tijdens de aanraking door de handen van de therapeut.

Deze behoedzaamheid moet worden volgehouden ook nadat de patiënt positief op de aanraking heeft gereageerd.

Normaliter behoort bij een behoedzame en respectvolle aanraking van de gluteaalmusculatuur een kleine voorover kantelingen van het bekken te ontstaan om met deze beweging de handen af te tasten.

Hierbij wordt de inadembeweging niet geremd in zijn functioneren.

Als het behoedzame aanraken door de handen van de therapeut van de gluteaalmusculatuur door de patiënt als een veilige aanraking getaxeerd wordt, ontstaat er een dusdanige spierspanningverandering dat de adembeweging in de tastbeweging voelbaar wordt onder de handen van de therapeut.

Hoe gaat dat in zijn werk?

De tonus van de musculatuur wordt door elk individu aangepast aan het object dat aangeraakt wordt.

Als een object door het individu getaxeerd wordt als hard aanvoelend dan gaat de tonus van de musculatuur omhoog.

Als een object door het individu getaxeerd wordt als zacht aanvoelend dan gaat de tonus van de musculatuur omlaag.

Het object moet dan niet als beschadigend of als onveilig worden getaxeerd.

Een positieve taxatie van de aanraking roept een dusdanige spierspanningverandering op dat daardoor een afzetbeweging ontstaat die zorgt dat het weefsel door een kleine toewendende beweging de handen kan aftasten.

Om het aftasten mogelijk te maken moet het bekken van het individu zodanig worden ingesteld door een afzetbeweging dat daardoor het bekken een kleine toewendende aftastende beweging kan maken.

Door deze beweging manifesteert zich de inadembeweging onder de handen. Het lijkt alsof de inadembeweging zich oriënteert op de handen.

Bij behoedzaam geaccepteerd krachtig drukken op de gluteaalmusculatuur kan er een duidelijke beweging ontstaan naar de handen van de therapeut.

Hierbij is de afzetbeweging krachtdadiger.

### **Een onveilig getaxeerde aanraking**

Bij een persisterende excentrische positionaliteit is o.a. de spiertonus van de beenspieren, de bekkenbodemspieren, de gluteaalspieren, de buikspieren en van de

musculatuur van de ribben verhoogd.

Als de handen op de romp of op de gluteaalmusculatuur van de patiënt gelegd worden, worden de handen als onveilig getaxeerd.

De spierspanning neemt toe.

Door de aanraking zal 'het zelf' van de patiënt de handen licht gaan bewegen.

Het bewegen zal gestuurd worden door 'het aandachtig sturende zelf'.

Er ontstaat een inadembeweging tegen de weerstand van de bovengenoemde spieren waardoor het bekken wat achterover kantelt.

Het bekken beweegt de handen op een zodanige wijze dat het spierweefsel zich niet voegt-in en zich niet voegt-naar de handen van de therapeut.

Er ontstaat dan ook geen zogenaamde toewendende inadembeweging naar de handen.

Als de aftastende toewendingsbeweging naar de omgeving gefrustreerd raakt ontstaat er in de ontmoeting, b.v. bij het aangeraakt worden, een paradoxale inadembeweging.

Deze inadembeweging tegen weerstand laat het aangeraakte lichaamsdeel kleine bewegingen maken waardoor de mogelijkheid ontstaat om te taxeren of de beweging al of niet de ruimte krijgt om te bewegen tijdens de aanraking.

Als de beweging geremd wordt zal het lichaamsdeel (het individu) zich onttrekken aan de aanraking, indien de beweging niet geremd wordt behoeft het individu zich niet te onttrekken aan de aanraking, maar de aanraking zal steeds worden gecontroleerd.

## **De Therapie**

De therapeut zal trachten het persisterende gedrag van de fixatie van het bekken te doorbreken door het bekken van de patiënt toewendende tastbewegingen te laten maken naar de handen van de therapeut waarbij de inadembeweging in de tastbeweging voelbaar moet worden onder de handen van de therapeut.

Om tot het aftasten van de handen te komen moet het bekken een kleine beweging voorover maken door een afzetbeweging van de knie.

Uiteindelijk kan dan de zogenaamde Funktionslust ontstaan waarbij het individu opgaat in het bewegen van zijn bekken door gebruik te maken van een afzetpunt dat niet in het lijf gelegen is.

Dit wordt de basis voor de patiënt om weer spontaan te kunnen communiceren door het weer leren van het zich voegen-in en het zich voegen-naar een object.

De therapeut legt zijn volle hand net aan de mediale kant van de trochantor major femoris van het dominante been.

De hand voegt zich naar de gluteaalmusculatuur maar voegt zich niet in de musculatuur.

De therapeut wacht nu net zolang dat het bekken een zogenaamde 'aftastende beweging' maakt. Deze beweging ontstaat doordat de patiënt inadement tegen de weerstand van de aangespannen spieren.

Door de paradoxale inadembeweging kantelt het bekken wat achterover.

De hand wordt meegenomen door de flink aangespannen gluteaalmusculatuur.

Er kan niet worden gesproken van het aftasten van de hand.

Het wachten is nu dat o.a. de spierspanning van de aangespannen gluteaalmusculatuur vermindert waardoor er een aftasten van de hand kan ontstaan. Hierdoor vermindert het paradoxale inademen waardoor het bekken minder achterover kantelt.

De hand van de therapeut mag zich tijdens dit beginnende aftasten niet voegen—in en zich niet voegen—naar de musculatuur, daar het een taxatie is en geen ontmoetende aftastende beweging.

Na dit een tijd volgehouden te hebben legt de therapeut beide handen aan de mediale zijden van de trochanteren.

Door één hand wordt er behoedzaam lichte druk op de gluteaalmusculatuur van het dominante been gegeven richting de trochanter.

Tijdens het behoedzame drukken moet er ruimte gegeven worden aan de verandering van de spierspanning van de musculatuur.

De spierspanning van de gluteaalmusculatuur neemt toe en het bekken kantelt weer achterover.

Ook nu wacht de therapeut dat de spierspanning vermindert.

Als de spierspanning vermindert kan de inadembeweging zich verdiepen, waardoor het bekken op de inadembeweging wat voorover kantelt.

Als de voorover kanteling wat krachtiger wordt betekent dit dat het individu duidelijk betrokken raakt op de handen van de therapeut.

Als deze druk als veilig getaxeerd wordt, wordt de musculatuur van de patiënt ingesteld op de behoedzame druk van de hand, de veranderde spierspanning van het aangeraakte weefsel roept bij het individu een aftasten van de handen op.

De therapeut drukt nu beide trochanteren behoedzaam, met weinig kracht richting de bank, waarna hij afwacht wat er gaat gebeuren.

Gaat de spierspanning van de gluteaalmusculatuur weer omhoog, in defensiefgedrag, of past het weefsel zich aan, aan de behoedzame druk van de handen.

Vooraf de tonus van de bekkenbodemp musculatuur moet zich hiervoor aanpassen.

Door de verandering van de spierspanning en door vertrouwen te hebben in de handen van de therapeut wordt de mogelijkheid geschapen dat het bekken krachtiger voorover gaat kantelen.

De handen wisselen nu weer van stand en veranderen daarbij van functie.

De ene hand geeft nu behoedzame invoegende druk op de gluteaalmusculatuur van het dominante been en de andere hand begeleidt de gluteaalmusculatuur van het niet dominante been in het aftasten.

De aftastende beweging naar de hand wordt krachtadiger doordat de gluteaalmusculatuur aan de dominante lichaamskant zich gaat aanpassen aan de behoedzame druk van de hand.

Deze krachtadigheid ontstaat doordat de patiënt druk geeft op het steunvlak onder de knie van zijn dominante been.

De hand die op de gluteaalmusculatuur ligt van het niet dominante been geeft ruimte aan het wat omhoog komen van het bekken.

Het bekken kantelt wat voorover en daarna achterover. De afzet voor het bewegen ligt nu beneden het bekken.

Nu is het wachten op de inadembeweging dat deze voelbaar wordt in de ontmoetende tastbeweging. Deze ontmoetende tastbeweging is bewegingsgericht en niet communicatief gericht.

Een krachtadige inadembeweging ontstaat als het dominante bovenbeen gaat



abduceren, flecteren en endoroteren in het heupgewricht  
Daarvoor ontstaat er een afzetbeweging op het steunvlak onder de knie van het dominante been.

Ook het niet dominante been flecteert in het heupgewricht.

Het bekken komt aan de onderachterkant omhoog.

Het dominante been vertoont meer activiteit dan het niet dominante been, het niet dominante been ondersteunt het gedrag van het dominante been.

Nu voegt de gluteaalmusculatuur van de patiënt zich niet meer naar de handen van de therapeut maar het bekken gaat de handen bewegen.

Als de flexie van de bovenbenen toeneemt worden de afzetbewegingen en de adembewegingen krachtiger.

Het bekken zoekt en beweegt de handen en de bovenbenen schommelen hierbij van de ene kant naar de andere kant.

De therapeut heeft in dit stadium alleen maar de bewegingen van het bekken te volgen.

Het is duidelijk te merken dat het individu opgaat in zijn bewegen, het individu probeert met het bekken via de afzetbewegingen die gepaard gaan met inadembewegingen de handen mee te nemen in zijn bewegen.

Als de patiënt moe wordt zakt het bekken, om daarna weer omhoog te komen.

Wanneer de handen geen contact meer maken met de gluteaalmusculatuur stopt het bewegen en zakt het bekken.

De beweging van het bekken is gebonden aan het adequaat kunnen functioneren van onder andere de beenspieren, de bekkenbodemspieren, de gluteaalspieren en van de musculatuur van de romp.

Het lustvol bewegen wil zeggen dat het bewegen 'zelf' niet bemerkt wordt.

De ontstane behaaglijke beleving van het maken van afzetbewegingen waarbij de inadembeweging zich integreert, opent voor de patiënt de mogelijkheid om het persisterende gedrag van de fixatie van het bekken te doorbreken, waardoor de persisterende excentrische positionaliteit te teniet gedaan wordt.

Hierbij wil ik er wel opwijzen dat dit doel natuurlijk niet in één sessie bereikt wordt.

De therapie om het persisterende gedrag van de fixatie van het bekken te doorbreken heeft niets te maken met het oproepen van seksuele lustgevoelens daar deze gevoelens juist staan voor excentrisch functioneren.

De therapie om het bovenstaande te bereiken mag niet als een kunstje gepresenteerd worden, de afzetbewegingen moeten als vanzelf ontstaan.

De eerste stap is nu gezet om de therapie voort te zetten om via de kuit van de patiënt tot een communicatief voegen-in en voegen-naar de handen van de therapeut te komen om weer centrisch te kunnen functioneren met de ander en het andere.

**C.G. de Graaf**

Dank wil ik zeggen aan J. Dijkstra, K. Heerschop, S.R. Noordhuis, G. Schrale en H.H. Smeenk voor hun kritische constructieve opmerkingen.

Copyright: C. G. de Graaf / Inst. Humane Bewegingsfunctionaliteit