

Instituut voor Humane Bewegingsfunctionaliteit (HBF)

Persistente Excentrische Positionaliteit als oorzaak van een verstoorde Humane Bewegingsfunctionaliteit en daaruit volgend chronisch pijnsyndroom.

Voordracht door prof. dr A.J.A. Verberk bij het: derde specialisten-congres van de Stichting "Psychosomatik der Wirbelsäule" Kliniek Bavaria te Freyung bij Passau.

Copyright: A. J. A Verberk / Inst. Humane Bewegingsfunctionaliteit

De therapie Humane Bewegingsfunctionaliteit is door Cees de Graaf ontwikkeld in bezinning op negatieve praktijkervaringen met gangbare therapieën.

Na mij zal hij u een gedetailleerd beeld trachten te geven van zijn therapeutische praxis.

Mijn taak is het u een indruk te geven van de theoretische uitgangspunten daarbij.

Een half uur is daarvoor te kort.

Daarom zal mijn voordracht de volgende kenmerken bezitten:

geen belangrijke nuanceringen

geen verwijzingen naar wetenschappelijke literatuur

een voordracht in telegramstijl

brutaliteit zonder verontschuldigen

In de aankondiging van dit congres lees ik het volgende:

"In de diagnostiek en in de therapie.... dienen volgens bijna alle nieuwere opvattingen... nieuwe, funderende bouwstenen te worden ingebracht." Dat zij zo! Maar dan moet men niet schrikken als daarbij enkele oude bouwstenen worden weggeworpen.

Mijn eerste punt:

1. Het z.g "chronische benige pijnsyndroom": CPS

Veel begrippen die vanuit een behavioristische psychologie zijn binnengeloodst in een onmachtige geneeskunde (ik denk aan J.D. Loeser en W.E. Fordyce) beschouwen wij als

onvoldoende gefundeerd en

in ieder geval: misleidend.

Afgezien van uitzonderingssituaties als simulatie en hysterie, geldt voor ons het volgende:

chronische pijn is nooit "operante pijn"

chronische pijn is nooit "gesomatiseerd"

chronische pijn is nooit "benigne"

(Bonica's poging om deze term af te zweren is zonder gevolg gebleven)

"onmisbare" pijn bestaat niet

pijnGEDRAG is alleen maar PIJNgedrag

"somatische fixatie"? Natuurlijk! Wat zou het ánders moeten zijn?!

"medical shopping"? Natuurlijk! Het steeds weer nieuwe winkels bezoeken duidt niet op een tekort van de klant, maar op tekorten van de winkeliers, die neen moeten verkopen

Mijn tweede punt:

2. Bestaan er pijnen zonder objectiveerbare somatische defecten?

Inderdaad zijn er vaak geen somatische defecten te vinden met behulp van technische apparatuur of van chemische analyses. Maar ze zijn er wel! Zij moeten gezocht worden in het kader van de humane bewegingsfunktionaliteit. Maar een anthropologische uitwerking van het begrip "humane bewegingsfunktionaliteit" ontbreekt helaas in de gangbare medisch-fysiologische handboeken en daarom ook in de nosologie.

Mijn derde punt:

3. Puur somatische defecten.

Wij willen inzichtelijk maken dat bij een onnatuurlijke mentale organisatie van houding en beweging er een dysfunctionele organisatie van lijfsfuncties ontstaat waarbij duivelskringen ontstaan van:

pijn

pijnvermijdingsgedrag

dysfunctionele spierspanningen

dysfunctionele stand van bewegingssegmenten

weefsel anomalieën

autonome reacties daarop

verstoorde cerebrale netwerken

humorale deregulatie

Over deze duivelskringen worden echte, somatisch bedongen, nociceptieve pijnen in stand gehouden.

Ons kernbegrip daarbij is:

Een persistente excentrische positionaliteit in houding en beweging.

Mijn vierde punt:

4. Over de termen centrische en excentrische positionaliteit.

De stamvader van deze termen is Helmut Plessner, die ze bedoelde als puur filosofische a-priori-begrippen.

Voor Frederik Buytendijk bleken deze termen dienstig om empirisch aantoonbare vormen van menselijk gedrag te beschrijven, maar hij heeft dat slechts fragmentarisch uitgewerkt.

Wij volgen Buytendijk in onze verdere empirische uitwerking in kritische aansluiting bij

Max Scheler (Typisch menselijke Fernstellung: mogelijke distantiëring van de Umwelt)

Victor von Weizsäcker (Gestaltkreis)

Alfred Prinz Auersperg (Physiogenese: teleologische structuur van het ontstaan van een zinvolle fysiologische regulatie)

Maurice Merleau-Ponty ('Het lichaam begrijpt. Het weet meer van de dingen in de wereld dan wij!')

Daarbij hebben we onverwacht steun gevonden in de recente, revolutionaire hersentheorieën van de Nobelprijswinnaar Gerald M. Edelman*)

1972: Nobelprijs Fysiologie Geneeskunde (m.b.t. immuunsysteem)

1987: Neural Darwinism: The theory of Neuronal Group Selection

1988: Topobiology: An introduction to molecular embryology

1989: The remembered present: a biological theory of consciousness.

1991: Bright Air, Brilliant Fire: On the matter of the mind

(1993: Klare lucht, louter vuur: over de stoffelijke oorsprong van denken en bewustzijn)

Mijn vijfde punt:

5. Wat betekent centrische en excentrische positionaliteit voor de humane bewegingsfunctionaliteit?

Buytendijk stelt: het betreft de verhouding van de mens tot zijn functionerende lichamelijkeheid.

De kortste (te korte) omschrijving is:

centrische positionaliteit (C.P.) "Ik ben een lichaam dat functioneert"

excentrische positionaliteit (Ex.P.) "Ik heb een lichaam, waarmee ik functioneer, als met een instrument."

Voorbeeld 1. Schrijven.

Centrische positionaliteit:

Schrijven gaat vanzelf: mijn levende lijf kan schrijven;

ik depasseer mijn hand in de pen d.w.z. mijn volle (onbewuste) schrijfaandacht is

dáár waar het geschrevene ontstaat; mijn levende lijf zorgt voor die schrijfaandacht.

Ik kan daardoor mijn volle aandacht besteden aan de inhoud van wat ik wil schrijven.

Excentrische Positionaliteit: leren schrijven.

Het kind stuurt zijn hand als een moeilijk beheersbaar instrument
De gestuurde hand is tussen het kind en het bedoelde schrijven.
Voorbeeld 2: Fietsen.

Centrische Positionaliteit:

Mijn levende lijf zorgt voor het trappen en voor het sturen en voor de daartoe nodige aandacht. Ik kan me intussen bemoeien met allerlei andere dingen.

Excentrische positionaliteit: fietsen, leren.

Er is nog geen sprake van fietsen maar slechts: de benen draaien om te trappen; de armen sturen om het stuur te draaien.

Ontelbaar vele voorbeelden zijn mogelijk:

(leren) staan

(leren) bukken

(leren) lopen

(leren) grijpen

(leren) tasten etc. etc.

Mijn zesde punt:

6. Het begrip "centrum" in "centrische en excentrische" positionaliteit.

Bedenk dat 'functioneren' betekent:

Het voltrekken van een relatie, een verbinding met de leefwereld

Het begrip 'centrum' slaat hier op:

het centrum van deze verbinding

dáár waar het functionerende lijf en de omgeving in communicatie zijn

HBF

het centrum van de functie

Een voorbeeld: het kind dat volledig opgaat in z'n spel.

- dat 'opgaan' kan men letterlijk nemen: er blijft niets over

er is sprake van een restloze overgave

buiten de spel-relatie is er:

geen zelf

geen IK

geen lijf

geen ziel

want het kind is met hart en ziel ('mit Leib und Seele') midden in de omgangsrelatie

Dus het begrip 'centrum' in 'centrische positionaliteit' slaat niet op het centrum van het lichaam.

Integendeel:

Bij centrische positionaliteit geldt:

Ik ben juist niet in het centrum van mijn lijf, maar midden in de leefwereld.

Mijn lichamelijkheid is gedepasseerd.

En juist in een excentrische positionaliteit wordt het lijf vanuit een soort centrum gestuurd.

Mijn zevende punt:

7. Twee wezenlijke verschillende vormen van excentrische positionaliteit.

(Noch Plessner, noch Buytendijk heeft dit verschil geëxpliciteerd.)

De ene vorm is een excentrische positionaliteit die kan samengaan met een centrische positionaliteit in het functioneren.

Dat betreft iedere bewuste reflexie op de totaliteit van het functioneren.

Bijvoorbeeld:

Ik ben aan het fietsen

Ik ben bezig te schrijven

Wat ski ik toch heerlijk.

De andere vorm is een excentrische positie, die een negatie is van de centrische positionaliteit.

Daarbij is sprake van een excentrische sturing van het functionerende lichaam als ware het een werktuig.

Dat is een excentrische sturingspositie.

Alleen deze tweede vorm van excentrische positionaliteit hebben wij hier op het oog: het gaat over zo'n excentrische sturingspositie.

HBF

Mijn achtste punt:

8. Een excentrische sturingspositie is vaak volkomen onbewust.

Bedenk:

dat centrische en excentrische positionaliteit verschillende aandachtsfuncties zijn en dat in het menselijk gedrag ontelbaar veel onbewuste aandachtsfuncties werkzaam zijn.

Een voorbeeld: het leren fietsen.

Het feit, dat de armen gestuurd worden om het stuur te draaien, wordt niet bewust beseft.

Mijn negende punt:

9. Een excentrische sturingspositie ontstaat dwangmatig, zodra de situatie als onveilig getaxeerd wordt.

N.B. Ik zeg niet: 'onveilig is'

maar: 'als onveilig getaxeerd'

Voorbeelden van dwangmatigheid zijn:

leersituaties: die worden nog niet veilig geacht;

onverwachte hindernissen of obstakels, die doen schrikken;

als er extreme eisen worden gesteld (b.v. iets opheffen, dat extreem zwaar is de z.g. Valsalva-manoeuvre)

En het belangrijkste voorbeeld in deze voordracht:

als houdings- en bewegings-functies als pijn-veroorzakers worden ervaren en er dus pijn-vermijdings-gedrag ontstaat.

Kortom:

Iedere excentrische sturingspositionaliteit is een bewakingsfunctie op grond van ervaren onveiligheid.

Mijn tiende punt:

10. Excentrische positionaliteit en lijfsorganisatie.

Een excentrische positionaliteit roept een stereotype organisatie op van het gehele lijf.

Cees de Graaf zal dit verduidelijken aan de reeds genoemde Valsalva-manoeuvre.

Mijn elfde punt:

11. Persistente excentrische positionaliteit.

Als de bewakingsfunctie ten eerste

zich richt op houdings- en bewegings-functies die al lang geleerd zijn, d.w.z. die zijn vastgelegd in neuraal-cerebrale netwerken en

HBF

zich niet beperkt tot

- momentane ingrepen
 - in concrete functies
 - op grond van acute functie-eisen
 - wegens voorbijgaande situatietekenenmerken,
- dan hebben we te maken met een persistente excentrische positionaliteit.

N.B.: 'persistent' betekent dus

niet noodzakelijk: dat een langdurige sturingshouding vereist wordt, maar dat zo'n houding zich niet beperkt tot momentane acties.

Mijn twaalfde punt:

12. de vervlochtenheid van pijnbeleving en excentrische positionaliteit.

1. Zonder excentrische positionaliteit is er geen sprake van zich opdringende pijnbeleving.

Dringende pijn jaagt iedereen uit zijn centrische positionaliteit in een excentrische behalve als men zozeer gebonden is aan een centrisch functioneren, dat die binding geen excentrische positie toelaat, maar dan wordt er ook geen (of geen durende) pijn gevoeld.

Voorbeelden:

- blessures tijdens oorlogshandelingen
- sportwedstrijden

paniek-vluchtgedrag

– dwingende afleiding bij bestaande pijn.

2. Opdringerigheid van pijn en een neiging tot excentrische opstelling zijn tot op zekere hoogte uitwisselbaar.

Hierbij is in het spel: een subjectieve onveiligheidsaxatie en wellicht ook een culturele algophobie

3. Het moge vanzelfsprekend zijn dat iedere door pijn uitgelokte excentrische positionaliteit gepredestineerd is om persistent te worden.

Mijn dertiende punt:

13. Een persistente excentrische positionaliteit leidt tot somatische ontreddeering.

Bedenk het volgende (Edelman 1987):

Aangeleerde houdings- en bewegingsfuncties zijn cerebraal gefixeerd in complexe netwerken, waarin het bewegen en het waarnemen onontwarbaar vervlochten zijn. De fixatie betreft:

de afstemming van alle kinetisch vereiste instellingen op elkaar en

de koppeling daarvan aan alle van belang zijnde omgevingskenmerken

Het waarnemen is niet analytisch meer en niet objectiverend:

niet de omgeving-op-zich wordt waargenomen (dit en dat, hier en daar), maar aan de omgeving wordt in het lijf de nu vereiste houding- en beweging waargenomen. HBF

Welnu:

Bij een persistente excentrische bewakingsfunctionaliteit wordt a.h.w. 'ingebroken' in deze gecompliceerde netwerken, waardoor het authentieke waarnemen verstoord wordt, doordat objectiverend op de verkeerde signalen wordt gelet en waardoor het spier-skelet-systeem kinetisch verkeerd gebruikt wordt, terwijl intussen de (veelal onbewuste) onveiligheid het stress-apparaat in chronische alarmstaat houdt. Op deze wijze ontstaat een veelvormige somatische ontreddeering.

De effecten van die somatische ontreddeering zijn in tactiele communicatie-vormen duidelijk (hoewel zeer moeilijk) waarneembaar aan de reacties van weefsels en skeletsegmenten.

Cees de Graaf zal zulke observaties uitvoerig beschrijven.

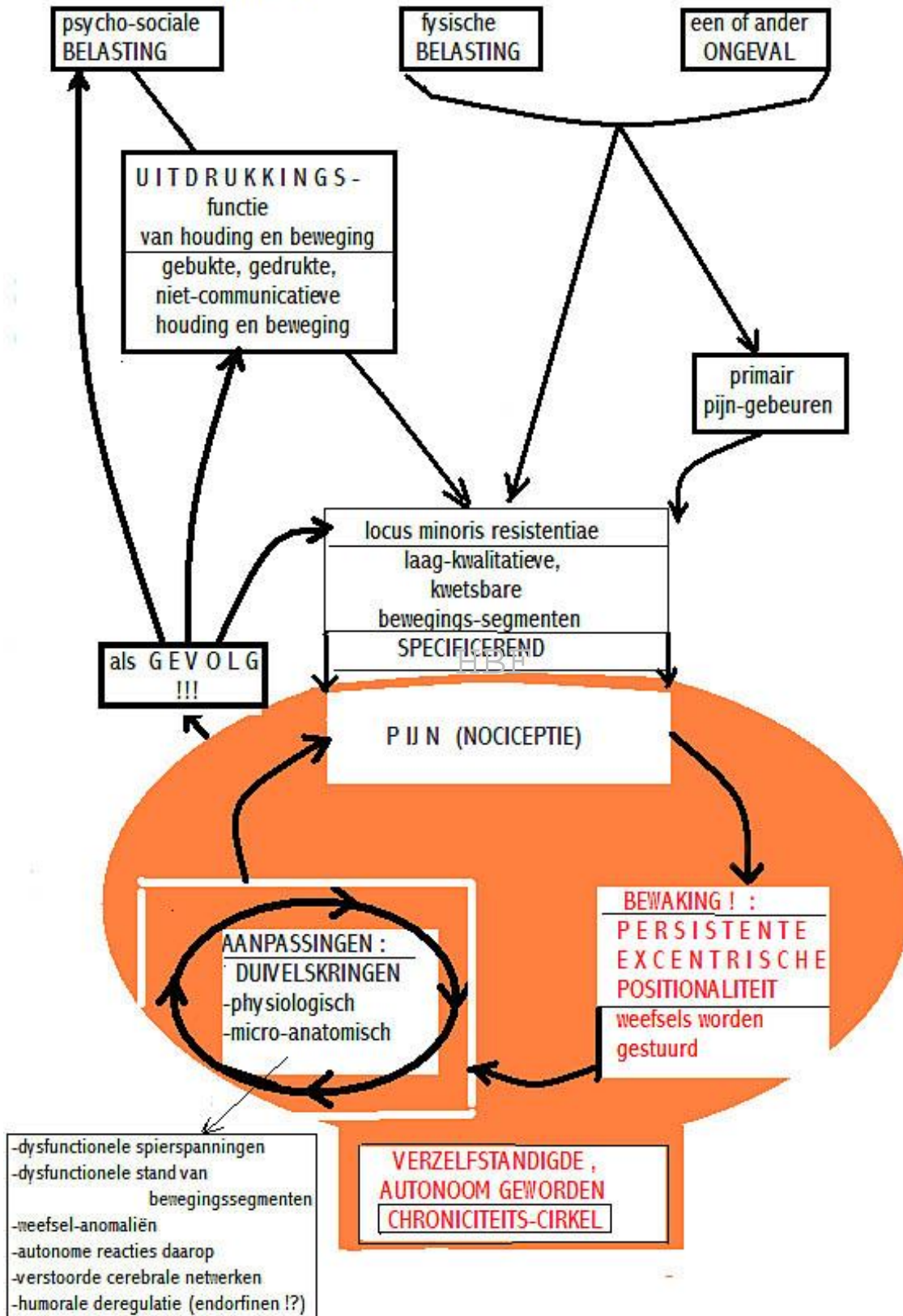
In de ontstaande duivelskringen zijn pijnbelevingen de belangrijkste motor en het opvallendste effect.

Mijn veertiende punt:

14. De autonoom geworden chroniciteitscirkel.

De chroniciteitscirkel

bij punt 14



14a.

Het voorgaande leidt tot het idee van een verzelfstandigde, autonoom geworden chroniciteitscirkel: authentieke nociceptieve pijnbeleving (aanvankelijk wellicht niet zo ernstig) leidt tot een bewakingsfunctie, die een persistente excentrische positionaliteit in houding en beweging oproept, waardoor al snel meerdere weefsels niet meer "hun eigen leven leiden", maar worden geleefd.

Die persistente sturing betekent het ontstaan van allerlei somatische duivelskringen als aanpassingsreacties, met zowel een fysiologisch als een micro-anatomisch bereik.

En deze duivelskringen veroorzaken en bestendigen weer allerlei vormen van authentieke nociceptie, zodat de chroniciteits-cirkel gaat draaien.

Een grove aanduiding van elementen in die somatische duivelskringen is al aan het begin van deze voordracht gegeven:

dysfunctionele spierspanningen

dysfunctionele stand van bewegingssegmenten

weefselanomalieën

autonome reacties daarop

verstoorde cerebrale netwerken

humorale deregulatie (waarbij een verstoorde endorfinen-regulatie wellicht belangrijk is)

14b.

Hoe belandt men in die chroniciteitscirkel?

Schematisch (en onvoldoende genuanceerd) kan men dit wellicht als volgt voorstellen:

De ingang tot die chroniciteitscirkel is meestal gegeven in termen van de 'locus minoris resistentiae'.

Dat wil in deze context zeggen: laag-kwalitatieve, kwetsbare bewegingssegmenten.

Ook de specificiteit van de z.g. psycho-somatische aandoening zal meestal een kwestie zijn van de locus minoris resistentiae

Daar kan nociceptie ontstaan zowel vanuit psychosociale belasting als vanuit fysieke overbelasting of door een of ander ongeval.

Een belangrijke functie daarbij is de alomtegenwoordige uitdrukkingsfunctie van houding en beweging, waardoor stress-belevingen gemakkelijk leiden tot een gebukte, gedrukte, niet-communicatieve houding en beweging. In dat niet-communicatieve zit al een zeker verlies van centrische positionaliteit.

Bij fysieke overbelasting of een ongeval zal vanzelfsprekend het primaire pijngebeuren vaak niet aangrijpen op de locus minoris resistentiae. Er is dan een rechtstreekse ingang in de chroniciteitscirkel.

14c.

Nieuwe duivelskringen.

Heel belangrijk is, dat die chroniciteitscirkel zèlf weer nieuwe duivelskringen doet ontstaan, lopend over psycho-sociale gevolgen, over de uitdrukkingsfunctie en over de "locus minoris resistentiae".

Het zijn déze duivelskringen, die ons inziens maken dat veel van wat in de leerpsychologische benadering als oorzaken gezien wordt van de chroniciteit, veeleer verstaan moet worden als gevolgen.

(Men beschikt immers slechts over correlatie-coëfficiënten, die nooit en te nimmer uitsluitel geven over oorzakelijkheidsstructuren.)

Mijn vijftiende punt:

15. Therapie en gepasseerde stations.

De chroniciteitscirkel is autonoom geworden d.w.z. oorzakelijke factoren die buiten deze cirkel liggen zijn, wat de therapie betreft, gepasseerde stations, zoals ook de besmettingsoorzaken bij een virus.

Het bewakingsvirus heeft zich ingenesteld in de cerebrale organisatie van houding en beweging, als een soort computervirus. (J.J. Bonica spreekt in 1953 over "progressieve centralisatie en cefalisatie van de pijnbeleving" en over "een centraal pijnpatroon". Maar niet het pijnbeleven-zelf is 'gecefaliseerd', maar de motor daarvan d.i. de bewakingsfunctie in de vorm van een persistente excentrische positionaliteit).

Conclusie: De therapie dient zich slechts te richten op die chroniciteitscirkel. Maar hoe?

Mijn zestiende punt:

16. De ondoordringbaarheid van de chroniciteitscirkel.

De chroniciteitscirkel creëert een algemene, niet bewuste onveiligheidstaxatie in ieder contact met de eigen leefwereld.

Al het waarnemen, alle reageren verloopt aan een leiband, wordt (voor zover mogelijk) gestuurd.

Slechts die lijfsignalen bestaan, die bij dat zelf-sturen passen: er bestaat geen authentiek, vitaal lijfsgevoel meer.

De behoedzaamheid is gesomatiseerd (b.v. niet habituerende oriëntatie-reflexen).

Deze dwangmatige, excentrische sturing modelleert ook ieder therapeutisch contact: Therapeutische bedoelingen worden (onbewust) weggezogen in de draaikolk van verkeerde interpretaties en gestuurde reacties.

De chroniciteitscirkel is ondoordringbaar, laat zich niet openbreken.

Wat dan?

Mijn zeventiende punt:

17. Een verankerd obstakel moet men omzeilen.

Zijn er wegen te vinden, die om die excentriciteitscirkel heen lopen?

Cees de Graaf zoekt plaatsen en vormen van tactiel contact waarbij de patiënt volledig in het ongewisse blijft over de betekenis en de bedoeling, zodat de patiënt:

er niet toe komt om een houding te bepalen

niet de behoefte heeft, zich te oriënteren

geen eigen positie zoekt, ook niet onbewust.

De bedoeling is:

Niet de persoon benaderen maar slechts de weefsels aanspreken, aanvankelijk zeer terughoudend op een zodanige wijze dat die weefsels weer zelf kunnen gaan reageren vanuit de oorspronkelijke organische functiepatronen, om zodoende tot een reorganisatie te komen van het hele somatische functioneren. Onzin?

Mijn achttiende punt:

18. De praktijk bevestigt de theoretische voorspelling.

Uit de praktijk blijkt dat deze theoretische verwachting en bedoeling gerealiseerd wordt.

Cees de Graaf zal het aan de hand van 2 casussen demonstreren. Zie: **Theorie HBF**
Let u daarbij steeds op de volgende punten:

De behandeling is steeds louter tactiel, nooit manipulerend

De therapeut onderneemt niets, hij wacht totdat in de weefsels zèlf reacties ontstaan (en dat duurt soms heel lang)

De plaats van behandeling is meestal uiterst beperkt en vaak ver verwijderd van het klachtengebied.

Ondanks deze beperking blijkt dat de totale lijfsorganisatie aangesproken wordt en dat ook langdurige, therapie-resistente pijnklasten vaak verdwijnen.

Het feit dat de totale lijfsorganisatie aangesproken wordt, is theoretisch voor de hand liggend. De reacties in de weefsels op het tactiele contact zijn immers reacties niet vàn de weefsels, maar in de weefsels.

Niet weefsels-zèlf reageren, maar het organisme, de mens reageert. Weefsels en organen kunnen niet zèlf reageren. Iedere lijfelijke reactie (zelfs de meest reflexmatige) is een reactie, die uitgaat van het organisme-als-eenheid, nooit van afzonderlijke delen.

Copyright: A. J. A Verberk / Inst. Humane Bewegingsfunctionaliteit

In aansluiting op bovenstaande lezing van prof. Verberk in 1994 heeft

C. G. de Graaf de behandeling van twee casussen uit die tijd beschreven.

De behandelwijze van de toen beschreven casussen is nog steeds gebruikelijk in de therapie HBF. Maar deze therapie heeft zich tussen toen en nu (2001) verder ontwikkeld, met name wat betreft de biomechanische implicaties van een excentrische positionaliteit in houding en beweging. Dit maakt een meer specifieke beschrijving van de behandeling mogelijk, het verbetert ook de observatiecriteria daarbij en voegt bij bepaalde klachten nieuwe elementen toe aan de behandeling. Het is daarom zinvoller om, in aansluiting aan de lezing van prof. Verberk, nu te verwijzen naar de twee nieuwe casussen, die besproken worden op de webpagina Therapie HBF.

Evenals bij de in 1994 besproken casussen gaat het daarbij in het eerste geval over een patiënt met langdurige, z.g. psychosomatische, chronische pijnklachten. Het tweede geval betreft, zoals in 1994, een patiënt met (nog) niet chronisch geworden lage rugklachten en pijn in een been.

(De 1994-lezing is uitgegeven in het betreffende Congres-boek van 'der Stiftung Psychosomatik der Wirbelsäule', Blikastral 1996, onder ISBN 3-00-001119-6.)

HBF