

Inhalt

1	Geschichte der Bindegewebsmassage	1
1.1	Entdeckung der Bindegewebsmassage	2
1.2	Blütezeit der Bindegewebsmassage	3
1.3	Weiterentwicklung in den letzten Jahren	3
2	Anatomie und Physiologie	5
2.1	Bindegewebe	6
2.2	Haut	11
2.3	Segmentale Innervation	18
2.4	Vegetatives Nervensystem	21
3	Wirkprinzipien der Bindegewebsmassage	25
3.1	Mechanische Effekte	26
3.2	Biochemische Effekte	26
3.3	Reflektorische Effekte	27
3.4	Schmerzhemmende Effekte	28
3.5	Lokale Durchblutungssteigerung	29
3.6	Sympathikushemmende Effekte	29
3.7	Tonusregulierende Effekte	29
3.8	Effekte auf das Immunsystem	30
4	Indikationen und Kontraindikationen	31
4.1	Indikationen	32
4.2	Kontraindikationen	33
5	Befund	35
5.1	Anamnese	36
5.2	Inspektion	40
5.3	Palpation	50
5.4	Objektivierung	57
5.5	Dokumentation und Behandlungsaufbau	58

6	Behandlung	63
6.1	Hände und Körper des Therapeuten	64
6.2	Umgebung	66
6.3	Lagerung	67
6.4	Hilfsmittel	70
6.5	Ergonomie	71
6.6	Grundsätze der Behandlung	74
6.7	Grifftechniken/Reaktionspunkte	78
6.8	Behandlungsaufbau	93
7	Reflexzonentherapie am Fuß	165
7.1	Einleitung	166
7.2	Praktische Hilfen zum Auffinden der Reflexzonen	166
7.3	Technik der Reflexzonenmassage am Fuß	168
7.4	Kenzeichen belasteter Reflexzonen	173
7.5	Dosierung der Behandlungsgriffe	173
7.6	Symptom- und Hintergrundzonen	173
7.7	Erstellen eines Erstbefundes	174
7.8	Reaktionen in den Behandlungsintervallen	174
7.9	Indikationen und Kontraindikationen	175
7.10	Zonengruppen	176
8	Krankheitsbilder	189
8.1	Erkrankungen des Bewegungsapparates	190
8.2	Herz- und Gefäßerkrankungen	197
8.3	Erkrankungen der Atemwege	202
8.4	Magen-Darmerkrankungen	204
8.5	Gynäkologische Erkrankungen	206
8.6	Weitere Anwendungsgebiete	208
9	Anhang	211
	Kontaktadressen	212
	Abkürzungen	213
	Curriculum	215
	Literatur	217
	Glossar	219
	Sachverzeichnis	221

2.1 Bindegewebe



LERNZIELE

Kenntnisse über

- die Funktionen des Bindegewebes
- die Bestandteile des Bindegewebes und ihre Aufgaben
- die Bindegewebsarten und Bedeutung des Bindegewebes in der Physiotherapie

Die Bindegewebsmassage wird über das Bindegewebe vermittelt. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sich mit dem Aufbau dieses Gewebes zu befassen. Das Bindegewebe selbst ist ein sehr verschiedenartiges Gewebe, das überall im Körper vorkommt und zahlreiche Funktionen wahrnimmt. Wie wichtig das Bindegewebe ist, erkennt man daran, dass es zahlreiche Erkrankungen gibt, die das Bindegewebe betreffen. Da das Bindegewebe am gesamten

Körper vorkommt, können Erkrankungen des Bindegewebes an allen Stellen des Körpers gleichzeitig auftreten. So beziehen die Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis prinzipiell das Bindegewebe in das Krankheitsgeschehen mit ein.

2.1.1 Bindegewebsarten

Das Bindegewebe und der Bindegewebsapparat spielen in der Physiotherapie eine entscheidende Rolle. Die meisten in der physiotherapeutischen Behandlung wichtigen Strukturen bestehen aus Bindegewebe. Je nach Funktion und Lokalisation gibt es die unterschiedlichsten Arten von Bindegewebe, die speziell an die Erfordernisse angepasst sind. Gleichzeitig lassen sich die verschiedenen Bindegewebsarten mit den unterschiedlichen physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erreichen. Das **straffe** und **ungeformte** Bindegewebe von Kapseln und Faszien kann physiotherapeutisch mit Dehnungen und Mobilisation behandelt werden. Nach Verletzungen von straffen,

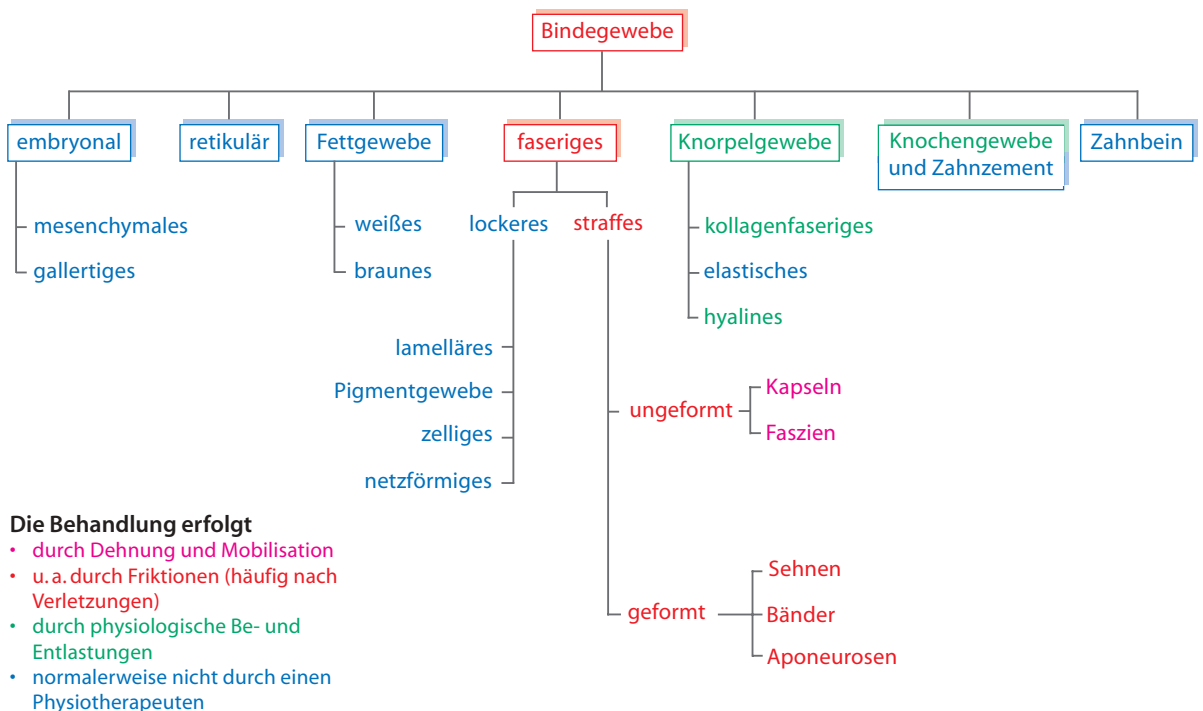


Abb. 2.1. Einteilung des Bindegewebes und physiotherapeutische Behandlung der betroffenen Strukturen

geformten Bindegeweben der Sehnen, Bänder und Aponeurosen können Friktionen angewendet werden. Das Zielgewebe liegt bei der Bindegewebsmassage in der **Hypodermis** (s. Kap. 2.2.3). Diese Bindegewebsschicht ist durch die Einlagerung von reichlich Fettgewebe gekennzeichnet. Das Bindegewebe der Hypodermis besteht aus kollagenen Fasern. Es ist locker angeordnet und bildet ein Netzwerk um die Fettzellansammlungen. Die Tiefenanteile der Kollagenfasern in der Hypodermis bilden eine Befestigung zur **Körperfaszie**. Die Körperfaszie selbst umhüllt bindegewebig alle Organe. Durch die entsprechende Struktur der Faser ist eine Verschieblichkeit zwischen Hypodermis und Faszie möglich.



MEMO

Das Zielgewebe in der Hypodermis, einer lockeren Bindegewebsschicht, die reich an Fettzellen ist und die Haut mit der Körperfaszie verbindet.

2.1.2 Bestandteile des Bindegewebes

Das Bindegewebe besteht im Prinzip aus zwei verschiedenen „Bauteilen“: einerseits den **zellulären** und andererseits den **extrazellulären** Bestandteilen.

Extrazelluläre Bestandteile

Die extrazellulären Bestandteile stellen in ihrer Gesamtheit die Matrix dar, die daher auch **extrazelluläre Matrix** genannt wird. Sie lässt sich keiner spezifischen Form zuordnen und enthält folgende Bestandteile:

- ▶ Wasser
- ▶ Grundsubstanz
- ▶ Elastische Fasern
- ▶ Kollagene Fasern
- ▶ Nicht-kollagene Proteine

Mit Ausnahme des Wassers werden die Bestandteile der Matrix von den Bindegewebszellen produziert. Dadurch bildet die Matrix ein sehr stabiles Gittergerüst und gibt dem Gewebe das entsprechende Volumen. Dieses Gittergerüst oder Netzwerk der Matrix besitzt durch seine Fähigkeit, Belastungen zu absorbieren, eine **Pufferfunktion**. Dabei haben besonders die Grundsubstanz sowie das gebundene Wasser die Funktion der Stoßdämpfung und der Gewichtsentlastung.

Bei der **Grundsubstanz**, die einen Bestandteil der Matrix darstellt, handelt es sich um große Eiweißmoleküle (Proteoglykane, Glykosaminoglykane, Proteoglykanaggregate). Die Grundsubstanz verbindet Zellen und Fasern miteinander und bindet darüber hinaus Wasser. Aus dem Zusammenspiel der einzelnen Komponenten ergeben sich die Aufgaben der Matrix. Das zwischen den Fasern und den Eiweißen der Grundsubstanz gebundene Wasser gibt dem Gewebe Volumen. Dadurch entsteht ein elastischer Puffer, der mechanischen Belastungen standhält. Insbesondere bei tragenden Geweben wie Knorpel und Bandscheibengewebe spielt diese elastische Federung eine wichtige Rolle. Ohne die in der Matrix gebundene Flüssigkeit könnten diese Gewebe ihre Stoß dämpfenden und Gewicht tragenden Aufgaben nicht angemessen erfüllen.



MEMO

Die extrazellulären Bestandteile des Bindegewebes stellen die Matrix dar, die ein stabiles Gittergerüst bildet, das dem Gewebe Volumen gibt und Wasser einlagert und somit wichtige Stoß dämpfende und Gewicht tragende Aufgaben erfüllen kann.

Zelluläre Bestandteile

So unterschiedlich die Erscheinungsformen und die Funktionen des Bindegewebes sind, so unterschiedlich sind auch die Zellarten selbst. Unterschieden werden ortsständige oder fixe Zellen und bewegliche Zellen.

Ortsständige/fixe Zellen

Die ortsständigen oder fixen Zellen sind im Bindegewebe gebunden. Sie entstammen einer undifferenzierten Vorläuferzelle, der **Mesenchymzelle**. Der Name ortsständig bedeutet, dass ihr Lebenszyklus sich innerhalb des Bindegewebes abspielt, sie besitzen keine oder nur eine geringe Mobilität. Die ortsständigen oder fixen Zellen lassen sich noch einmal untergliedern in die **Bindegewebszellen** und andere ortsständige Zellen, die im Bindegewebe vorkommen.

Zu den Bindegewebszellen gehören (s. Abb. 2.2, S. 8):

- ▶ Fibroblasten und Fibrozyten
- ▶ Chondroblasten und Chondrozyten (Knorpelzellen)
- ▶ Osteoblasten und Osteozyten (Knochenzellen)


ZUSAMMENFASSUNG (Fortsetzung)
Innervation der Haut

Das Sinnesorgan Haut verfügt über zahlreiche Rezeptoren, die jeweils bestimmte Reize wahrnehmen und die Informationen an das zentrale Nervensystem weiterleiten:

- **Merkel-Zellen:** Die einzigen Rezeptoren in der Epidermis, reagieren auf Druck- und Berührungsreize (Tastsinn).
- **Vater-Pacini-Körperchen:** Lokalisiert in der Dermis, sind durch Vibration optimal reizbar.
- **Ruffini-Körperchen:** Liegen in der Dermis und reagieren auf Druck- und Zugreize.
- **Meissner-Tastkörperchen:** Liegen in der Dermis, reagieren auf feine Berührungs- und Druckreize.

Zudem sind in der Haut freie Nervenendigungen lokalisiert:

- **Afferente freie Nervenendigungen** werden durch Schmerz-, Wärme- und Kältereize stimuliert.
- **Efferente freie Nervenendigungen** des Sympathikus beeinflussen die Aktivität der Schweißdrüsen und der *Mm. arrectores pilii*.


ÜBERPRÜFEN SIE IHR WISSEN

- Welche Funktionen werden von der Haut erfüllt?
- Aus welchen Schichten ist die Haut aufgebaut?
- Wo liegen die arterio-venösen Anastomosen und wozu dienen sie?
- Welche Rezeptoren findet man in der Haut?
- Auf welche Reize reagieren die afferenten freien Nervenendigungen?

2.3 Segmentale Innervation


LERNZIELE
Kenntnisse über

- das Prinzip der segmentalen Gliederung
- die Head-Zonen

Beim Menschen wie bei anderen Wirbeltieren ist die nervale Versorgung der verschiedenen Gewebestrukturen in **Segmente** unterteilt. Ein Segment umfasst alle Strukturen und Organe, die von einem Spinalnerv (Rückenmarksnerv) innerviert werden.


MEMO

Ein Segment umfasst alle Strukturen und Organe, die von einem Spinalnerv innerviert werden.

Das Erscheinen der segmentalen Gliederung innerhalb eines Gewebes ist durch Entwicklungen in der Embryonalphase zu erklären. In der frühen Embryogenese entstehen die drei auch als Keimblätter bezeichneten Zellschichten **Ektoderm**, **Entoderm** und **Mesoderm**, von denen sich in der weiteren Entwicklung sämtliche Organe und Gewebe ableiten. Die aus dem Mesoderm hervorgehenden Strukturen haben eine auch beim Erwachsenen noch erkennbare metamere Struktur, d. h. sie sind in Segmente gegliedert. Die **Chorda dorsalis**, die spätere Wirbelsäule, verbindet sich an beiden Seiten mit dem in Segmente unterteilten **Mesenchym**, dem ersten aus den Keimblättern entstehenden, nicht epithelialen Gewebe. Das Mesenchym ist das Muttergewebe der Blutzellen, des blutbildenden Gewebes, der Lymphe und des lymphbildenden Gewebes sowie der Muskeln, Knorpel, Knochen und des Bindegewebes. Die Wirbelkörper entstehen intersegmental aus dem jeweils vorderen und hinteren Teil zweier **Mesenchymsegmente**. Alle Strukturen, die aus einem Mesenchymsegment entstehen, bleiben über den mitwachsenden Nerv neurologisch miteinander verbunden. Der Gesamtheit der Strukturen einer gleichen Gewebeart oder einer gleichen Funktionseinheit, die man einem einzelnen Segment zuordnen kann, wird in diesem

2.3 · Segmentale Innervation

Zusammenhang eine spezielle Bezeichnung gegeben:

- ▶ Myotome nennt man die zu einem Segment gehörenden Muskeln.
- ▶ Dermatome sind die zu einem Segment gehörenden Hautareale.
- ▶ Arthrotome sind die zu einem Segment gehörenden Gelenke.
- ▶ Sklerotome nennt man die zu einem Segment gehörenden Skelettanteile.
- ▶ Enterotome oder Viszerotome sind die zu einem Segment gehörenden inneren Organe.
- ▶ Angiotome heißen die zu einem Segment gehörenden Blutgefäße.

Die segmentale Gliederung richtet sich nach dem so genannten **Foramen intervertebrale**, dem Zwischenwirbelloch für den Durchtritt der Rückenmarksnerven. Hier entspringt die Radix (Wurzel) des Nerven. Nicht das aus dem Ektoderm entstehende Rückenmark, sondern die Nervenaustrittsstellen der Spinalwurzeln sind seg-

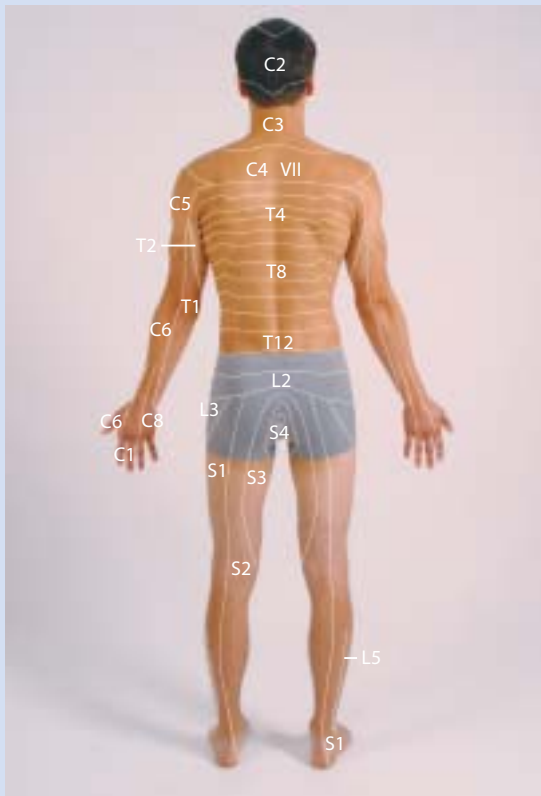
mental angeordnet. Die segmentale Gliederung ist ein Kennzeichen der radikulären Innervation und hat dadurch eine wichtige klinische Bedeutung.

Die segmentalen Spinalnerven C1–C7 treten oberhalb der gleichnamigen Wirbel aus dem Foramen intervertebrale aus. Ab T1 treten die segmentalen Nerven unterhalb der gleichnamigen Wirbel aus. Zwischen C7 und T1 tritt der segmentale Nerv C8 aus. Es gibt keinen Wirbel C8, aber trotzdem ein neurologisches Segment C8.

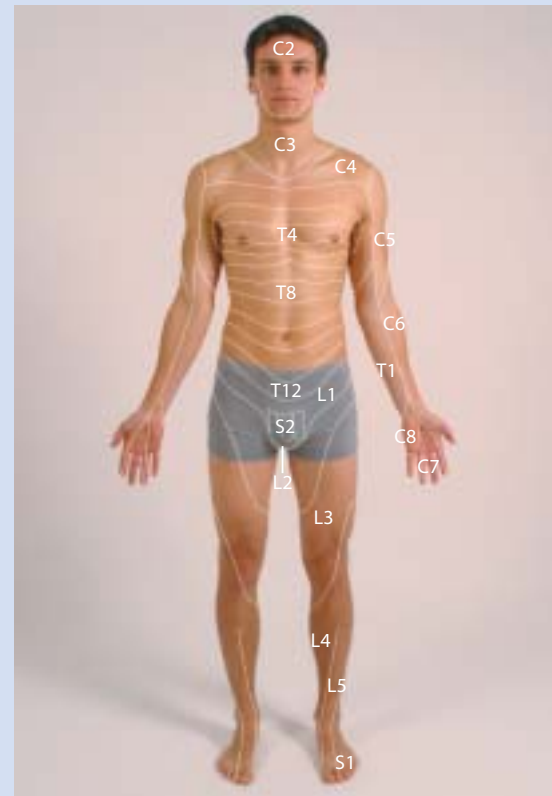
2.3.1 Segmentale Hautinnervation

Die Oberfläche der Haut ist in 30 Segmente, die **Dermatome**, unterteilt, die den 31 Spinalnervenpaaren zugeordnet sind (dem ersten Spinalnerv ist kein Dermatome zuzuordnen). **Untenstehende Abb.** zeigt schematisch die Innervationsfelder der Haut, wobei jedoch tatsächlich keine scharfe Abgrenzung der Dermatome vorliegt, da sich benachbarte Segmente überlappen.

Segmentale Verteilung der innervierten Hautgebiete (Dermatome)



Innervationsfelder der Haut von dorsal



Innervationsfelder der Haut von ventral

Behandlungsaufbau am Bein (Rückenlage)

Die komplette Beinbehandlung mittels Faszien- und Unterhauttechnik schließt sich an den kleinen Aufbau an. Die Beschreibung der Arbeitsgänge des kleinen Aufbaus erfolgt in **Kap. 6.8.2**.

Im Beinbereich werden lateral der Tractus iliotibialis behandelt, im medialen Bereich der Hiatus tendineus und der M. sartorius. Weitere Schwerpunkte sind die Region um die Patella und die Fossa poplitea, die insbesondere bei Erkrankungen des Kniegelenkes in die Behandlung einbezogen werden. Arbeitsgänge am M. gastrocnemius

werden mit der Unterhaut- und der Faszientechnik durchgeführt. Die Beinbehandlung wird abgeschlossen durch den Längsgang im Bereich des Tractus iliotibialis, womit auch die gesetzten Einzelreize zusammengefasst werden.

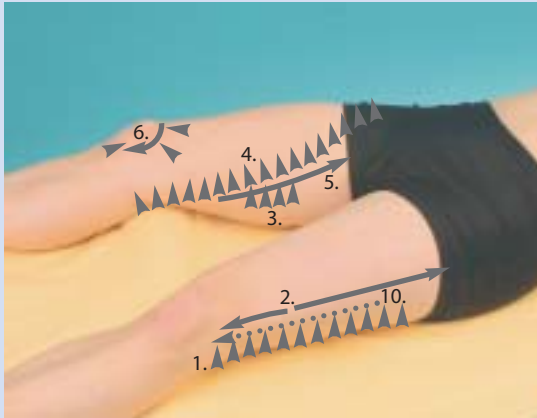


PRAXISTIPP

Die Durchführung der Beinbehandlung erfolgt in Rückenlage. Die Beine werden durch eine Rolle in den Kniegelenken unterlagert.

6

Übersicht Behandlungsaufbau



1. Tractus iliotibialis, Anhaken, **F**
2. Tractus iliotibialis, Längsgang, **U**
3. Hiatus tendineus, Anhaken, **F**
4. M. sartorius, Anhaken, **F**
5. M. sartorius, Längsgang, **U**
6. Patella, Längsgang, Anhaken, **U, F**
7. Fossa poplitea, Längsgang, Anhaken, **U, F**
8. M. gastrocnemius, Caput fibulae, **U, F**
9. M. gastrocnemius, **U, F**
10. Tractus iliotibialis, Zusammenfassung der Einzelreize



1. Tractus iliotibialis, Anhaken, **F**



- 1**
- S: Tractus iliotibialis, posteriorer Anteil
 H: Der Therapeut setzt die Fingerkuppen an den posterioren Rand des Tractus iliotibialis an.
 B: Der Therapeut hakt direkt den Rand des Tractus iliotibialis senkrecht an, wodurch ein therapeutischer Zug und das damit verbundene Schneidegefühl ausgelöst wird. Mit Einsetzen des therapeutischen Zuges hält die andere Hand von dorsal kommend entgegen. Die Arbeitsgänge beginnen etwa in der Mitte des Oberschenkels, da hier der Tractus iliotibialis am sichersten zu ertasten



- 2**
- ist. Die Arbeitsgänge werden dicht nebeneinander, von distal nach proximal bis zum Trochanter major fortgeführt. Von der Ausgangsstellung ausgehend, wird der Tractus iliotibialis auch von proximal nach distal bis zum Caput fibulae behandelt.
 ! Die Fingerkuppen müssen exakt den posterioren Rand des Tractus iliotibialis erreichen, da nur dann die richtige Ausführung der Technik mit dem damit verbundenen Schneidegefühl gewährleistet ist.

2. Tractus iliotibialis, Längsgang, **U**



- 1**
- S: Tractus iliotibialis, posteriorer Anteil
 H: Der Therapeut legt die Fingerkuppen in der Mitte des Oberschenkels an den posterioren Rand des Tractus iliotibialis.
 B: Zunächst erfolgt die Bewegungsrichtung bis zur Verschiebegrenze von kaudal nach kranial in Richtung des Trochanter major. Der kaudale Anteil des Tractus iliotibialis wird ebenfalls von der Mitte des Oberschenkels erreicht. Hierbei erfolgt die Bewegungsrichtung bis zur Verschiebegrenze von kranial nach kaudal bis zum



- 2**
- Caput fibulae. Nach Erreichen der Verschiebegrenze erfolgt der therapeutische Zug durchgehend oder schubweise.
 ! Die beschriebene Unterhauttechnik von distal nach proximal und umgekehrt muss exakt am posterioren Rand des Tractus iliotibialis erfolgen, um das charakteristische Schneidegefühl auszulösen. Sollte das Schneidegefühl nicht darstellbar sein, empfiehlt es sich, zunächst die Arbeitstechniken im Bereich des Hiatus tendineus durchzuführen.

8. Ellenbeuge, Sehne des M. biceps brachii, Längsgang radial, **U**



1

- S: Sehne des M. biceps brachii
 H: Der Therapeut führt eine passive Supination und leichte Flexion des Armes durch. Er setzt die Fingerkuppen radial der Bizepssehne im Bereich der Ellenbeuge auf.
 B: Während der Therapeut den Arm des Patienten in die Extension bewegt, fixieren die Fingerkuppen das Gewebe medial der Bizepssehne. Dadurch kommt es zu einem therapeutischen Zug mit einer entsprechenden schneidenden Reaktion.



2

- ! Diese Technik entspricht einem Längsgang im Sehnenverlauf. Mittels Faszientechnik kann die Sehne des M. biceps brachii auch quer zum Faserverlauf angehakt werden. Dabei tritt unmittelbar mit der Bewegung ein therapeutischer Reiz mit einem schneidenden Gefühl auf. Die Anhakungen im Sehnenverlauf können kranialwärts bis zum Übergang der Sehne in den Muskel durchgeführt werden.

9. Ellenbeuge, Sehne des M. biceps brachii, Längsgang ulnar, **U**



1

- S: Sehne des M. biceps brachii
 H: Der Therapeut supiniert und flektiert den Arm des Patienten leicht. Die Fingerkuppen der linken Hand setzt der Therapeut ulnar der Bizepssehne auf.
 B: Durch die Extension des Armes kommt es zur Ausübung des therapeutischen Zuges mit einer schneidenden Reaktion.



2

- ! Die Bizepssehne kann von ulnar auch senkrecht zu ihrem Verlauf mittels der Faszientechnik angehakt werden. Dabei werden die Fingerkuppen direkt an der Sehne platziert, der therapeutische Reiz mit dem schneidenden Gefühl tritt unmittelbar bei der Anhakbewegung auf. Die Arbeitsgänge verlaufen jeweils senkrecht zur Sehne von distal nach proximal bis in den Übergang der Sehne in den Muskel.

10. Unterarm, Flexoren, Anhaken, U



1

- S: Flexion im Bereich des Unterarmes
 H: Der Therapeut flektiert und supiniert den Arm des Patienten leicht. Er setzt die Fingerkuppen im ulnaren Bereich des Unterarmes auf.
 B: Die Bewegungsrichtung erfolgt bis zur Verschiebegrenze nach radial. Der therapeutische Zug endet an der radialen Seite der Flexoren. Die Arbeitsgänge werden dicht nebeneinander von distal nach proximal durchgeführt.



2

- ! Die Flexoren können auch mittels der Faszientechnik behandelt werden. Dazu werden die Flexoren an der Ulnarkante senkrecht zum Faserverlauf angehakt. Hierbei tritt sofort der therapeutische Zug mit dem damit verbundenem Schneidegefühl auf. Auch hier werden die Arbeitsgänge nebeneinander von distal nach proximal bis zur Ellenbeuge durchgeführt.

11. Unterarm, Flexoren, Längsgang, U



1

- S: Ulnare Kante
 H: Der Therapeut setzt die Fingerkuppen medial des Ellenbogens an der Ulnarkante auf.
 B: Die Bewegungsrichtung erfolgt bis zur Verschiebegrenze von proximal nach distal. Der therapeutische Zug kann schubweise oder kontinuierlich bis zum Caput ulnae durchgeführt werden.



2

- ! Diese Technik entspricht der Unterhauttechnik. Dieser Längsgang kann auch in zwei Arbeitsschritten ausgeführt werden: von der Mitte des Unterarmes nach proximal bzw. nach distal.

7.3 Technik der Reflexzonenmassage am Fuß

Zunächst behandeln wir das Fußgewebe in Millimeter großen Schritten mit dem Daumen (s. **Daumengrundgriff, S. 169**). Die Finger liegen immer sanft auf der gegenüberliegenden Seite des Fußes, und der Unterarm ist in der Mittelstellung zwischen Supination und Pronation. Das Endglied des Daumens wird durch weiches Abrollen aus seiner horizontalen in die vertikale Lage gebracht. Erst wenn das Daumenendglied beinahe senkrecht steht, wird der Reiz punktuell in der Gewebetiefe gesetzt. Der Bewegungsansatz kommt dabei aus dem Schultergelenk (aktives „Schwingen“ des Armes).

Jetzt erst beginnt das Setzen des therapeutischen Reizes von der Daumenkuppe aus aktiv und punktuell, das sich bis zum Maximum der individuell verträglichen Intensität steigert. Dem folgt das Lösen der aufgebauten Spannung, so dass der Daumen in seine Ausgangsstellung zurückgleitet und der nächste Griff ohne Unterbrechung der Bewegung angeschlossen werden kann.

Nach denselben Regeln werden auch die Griffe mit dem Zeigefinger aufgebaut (s. **Zeigefingergrundgriff, S. 70**). Wiederum liegt der Daumen den Fingern gegenüber. Da die Finger im Gegensatz zum Daumen drei Glieder aufweisen, kommt die Bewegung nicht aus dem Arm und der Schulter, sondern entsteht durch das Schwingen des Handgelenkes. Zu Beginn des Griffes ist es in Dorsalextension, und die Zeigefingerbeere liegt ohne Druck auf dem Fußgewebe. Während das Handgelenk allmählich in seine neutrale Stellung kommt, rundet sich der Zeigefinger zum Halbkreis und setzt den therapeutischen Impuls, wenn sein Endglied in etwa senkrecht zum Gewebe steht. Danach bewegt sich das Handgelenk in die Dorsalextension zurück, und der Zeigefinger ist wieder entspannt in seiner Ausgangsstellung, wenn der neue Griff beginnt.

Auf diese Weise arbeiten wir funktionsgerecht mit unseren Händen, denn wir unterstellen uns den Regeln von Dynamik und Rhythmus und vermeiden mechanischen Druck, der uns insgesamt in unserem skeletto-muskulären Aufbau belasten würde.

Verschiedene **Ausgleichsgriffe** (s. S. 171 f.) wirken harmonisierend auf den Gesamtzustand des Patienten, denn sie regulieren die Atmung und den Kreislauf, verbessern die Lagerung durch Spannungsausgleich in der Muskulatur, unterstützen das Vegetativum und vermitteln die Erfahrung (vor allem beim Handflächen-Fußsohlengriff), dass der Mensch „Boden unter den Füßen“ hat. Sie haben sich zur Stabilisierung bei unerwartet starken

Reaktionen während und nach der Behandlung bewährt und können genauso als Einstieg oder zum Ausklang einer Behandlung eingesetzt werden.



MEMO

Die Finger liegen immer dem Daumen gegenüber. Wenn der Daumen arbeitet, stützen die Finger den Fuß, wenn der Finger arbeitet, stützt der Daumen.

7.3.1 Behandlungsdauer

Die erste Behandlung dauert eine „**Doppelzeit**“, was ca. einer Stunde entspricht. Sie dient der Befunderhebung und Anamnese. Für weitere Behandlungen sind nur etwa 20–30 Minuten einzuplanen.

7.3.2 Dauer und Häufigkeit der Griffe

Wie lange ein Griff gehalten wird ist von der gewünschten Wirkung auf das autonome Nervensystem abhängig: Möchte ich **tonisieren** (anregen), wird der Griff nur Sekunden bzw. Bruchteile von Sekunden gehalten, will ich **sedieren** (beruhigen) wird er ca. 20–30 Sekunden gehalten. Die Dauer eines Griffes hängt von der „Antwort“ des Gewebes auf den therapeutischen Reiz ab. Sobald der lokale Schmerz, der durch den sedierenden Griff im Gewebe ausgelöst wird, deutlich nachlässt, wird der neue Impuls einige Millimeter weiter gesetzt.

An eine belastete Zone geht man ca. zwei- bis viermal für einige Sekunden zurück, so oft, bis das Gewebe mit einer deutlichen Tonusregulierung reagiert hat.

7.3.4 Vorbereitende Maßnahmen

Die Patienten werden bequem auf einer Massagebank gelagert und zugedeckt.

Hinweis: Fußbäder oder andere passiv angebotene thermische Reize gehören **nicht** zur Vorbereitung, denn die Füße der Patienten sollen den realistischen Ist-Zustand vermitteln.

7.3.5 Ergänzende Maßnahmen

Es bieten sich aktive Fußübungen oder auch Fußbürstungen und -bäder als „Therapie-Hausaufgaben“ an. Geeignet ist alles, was zu gut durchbluteten Füßen führt.

Daumengrundgriff



Phase 1
Kontaktaufnahme, Berührung.
Kein Druck!



Phase 2
Das Endglied des Daumens bleibt zunächst passiv, es wird vom aktiven Schwingen des Armes bewegt.



Phase 3
Der Daumen beginnt seine Aktivität, die Intensität der Berührung nimmt etwas zu.



Phase 4
Das Endglied des Daumens steht senkrecht und setzt in der Gewebetiefe den therapeutischen Reiz.