

Skoliosetherapie nach Spiraldynamik[®]

Bewegungslust statt Korrekturhaltung

Sabine Nagel

Die Patientin ist bald vierzig und kommt wegen Schmerzen im rechten Iliosacralgelenk und der rechten Hüfte in die Spiraldynamik-Therapie. Die Schmerzen sind in diesem Sommer erstmals aufgetreten, mitten im Wanderurlaub. Vielleicht hat sie ihren Rucksack doch zu schwer gepackt, vermutet sie. Auf der Verordnung ihres Arztes ist außerdem ihre Skoliose erwähnt. Als Kind und junge Frau hatte sie deswegen auch Physiotherapie. Damals wurde ihr mitgeteilt, dass ihre Wirbelsäule seitlich gekrümmt ist und dass ihr Lendenwulst deutlicher ausgeprägt ist als ihr Rippenbuckel.

Ich höre der Patientin zu und frage mich, wie solche Aussagen bei einem 13-jährigen Mädchen ankommen: Verkrümmung, Rippenbuckel, Lendenwulst. In einer Zeit, die ohnehin schon große Anforderungen an das Selbstbewusstsein stellt, sind solche Urteile der Anfang vom „Krüppelimage“. Die Lust auf Bikini und Schwimmbad ist dahin.

In der Untersuchung zeigt meine neue Patientin, wie gut sie ihre Wirbelsäule im Stehen aufrichten kann. Erst als sie sich entspannt, kann man den lumbalen Bogen, der nach links konvex ausgerichtet ist, deutlich sehen. Der thorakale Bogen stellt (nur) den Gegenschwung dar. Im Halsbereich macht die Wirbelsäule einen dritten Bogen. Außerdem lässt sie ihr Becken stark nach vorn kippen. Auch im Gehen kann sie sich gut aufrichten. Sie spannt den Bauch an, hebt das Brustbein, zieht ihr Kinn an und streckt sich mit dem Kopf nach oben. Sie kann ihre ganze Wirbelsäule mit eisernem Willen kontrollieren und halten. Sie hat sich mit hartem Trai-

ning ein veritables Muskelkorsett antrainiert. Die starke Spannung in den Rückenstreckern und den Bauchmuskeln ist offensichtlich, dazu braucht es keinen Tastbefund.

Als sie schneller geht, auch treppab und bei Sprunglandungen zeigt sich deutlich, woher ihre Beschwerden kommen. Jedes Mal, wenn sie auf ihrem rechten Bein landet,

- bewegt sich ihr rechtes Ilium auf dem Femurkopf in eine Flexion-Adduktion-Innenrotation. Das rechte ISG bekommt im cranialen Anteil plötzlich viel Druck;
- das Hüftgelenk weicht nach rechts aus, anstatt sich unter dem Körperzentrum zu zentrieren;
- die Abduktoren der rechten Hüfte bekommen schnell, kurz und heftig einen Stretch;
- die Facettengelenke im Bereich der LWS geraten rechts massiv unter Druck,

und das alles auf Schritt und Tritt.

Das Muskelkorsett, das meine Patientin fast ständig aufrecht erhält, ist zwar in der Statik stabilisierend, aber für schnelle, große Bewegungen nicht geeignet, genauso wenig für den Alltag, mit all seinen Ablenkungen.

1. Herkömmliche Therapie

Korrekturhaltungen und Muskelkorsett stehen oft im Zentrum der Skoliosetherapie. Die Körperwahrnehmung wird geschult, Muskeln werden gedehnt und gekräftigt. So werden die Voraussetzungen erarbeitet, um die neue Position möglichst dauernd zu halten bzw.

festzuhalten. Also Dauerkorsett statt Bewegungsfreiheit. Einige Patienten lernen außerdem, im Alltag skoliosefördernde Situationen zu vermeiden, z.B. Stehen auf dem rechten Bein mit abgesenkener linker Beckenhälfte und eingesenkener Wirbelsäule.

Wenn all das nicht genügt, z.B. weil die Bögen der Skoliose zu groß sind, wird mit einem richtigen Korsett nachgeholfen. Die Aufgabe eines Korsetts, auch eines Muskelkorsetts, ist es, Bewegung zu verhindern. Diese Strategie der Therapie lässt sich mit dem Alltag, in Tanz und Sport, ja mit dem ganzen Leben nicht vereinbaren. Denn da findet laufend Bewegung statt!

2. Ein Blick in die menschliche Evolution

Machen wir vorerst einen kleinen Ausflug in die Entwicklungsgeschichte des menschlichen Bewegungssystems: Es gab Zeiten, in denen unsere Vorfahren einen wesentlich größeren Bewegungsradius pro Tag hatten als heute. Von zwanzig oder dreißig Kilometern pro Tag wird hier gesprochen. Man rannte seinem „Steak“ hinterher, streifte durch die Wälder auf der Suche nach Beeren und Wurzeln, klonn auf Bäume, um an den Honig zu gelangen. Dieser Gebrauch des Bewegungssystems auf zwei Beinen hatte einen starken Einfluss auf unsere Anatomie, auch heute noch.

Unsere Wirbelsäule ist fähig, sich alternierend rechts und links spiralig zu verschrauben. Mal dreht das Becken und die Lendenwirbelsäule nach rechts, der Brustkorb nach links, und beim nächsten Schritt kehrt sich das Ganze um. Ist das rechte Bein Standbein, steht die

rechte Beckenseite tiefer und lässt die Wirbelsäule in eine S-Form schwingen. Beim nächsten Schritt kehrt das Ganze um. Außerdem hat das Bewegungssystem gelernt, auf axiale Belastungen zu reagieren. Es lässt sich nicht stauchen, sondern dehnt sich in seiner Längsrichtung aus. Voraussetzung für tadelloses Funktionieren ist *gute Beweglichkeit*.

3. Therapeutisches Konzept in der Spiraldynamik®

Typisch für eine Skoliose ist, dass die oben beschriebene Spiralförmigkeit der Wirbelsäule ständig da ist, auch wenn der Mensch nicht geht. Sie ist da, lässt sich häufig nur wenig aufrichten, und es ist schwieriger, auf axiale Belastung mit *Verlängerung* statt mit *Stauchung* zu reagieren.

Zu Beginn der Spiraldynamik®-Therapie lernt jeder Patient, wie der eigene Körper grundsätzlich gebaut und geformt ist, welche Bewegungsrichtungen er gern nutzt und in welche Richtungen es nicht so gut geht. Je fundierter dieses allgemeine und individuelle Know-how, desto besser. Der Rest des Geheimnisses heißt Bewegung statt Korsett; Bewegung aus der Skoliose heraus! Für die häufigste Form der Skoliose, die dreibogige thorakal rechts-konvexe idiopathische Skoliose, bedeutet das konkret: Sobald der rechte Fuß den Boden berührt, beginnt die Übung (siehe Abb. 1):

- Die Wirbelsäule wird verlängert, indem sich das Sacrum zum Boden und der Scheitel nach oben bewegen (*Rotation* des Beckens um die *transversale Achse*).
- Das rechte Bein schiebt zum Boden, nimmt die rechte Beckenseite mit, so dass die Beckenschale rechts tiefer steht als links (*Rotation* des Beckens um die *sagittale Achse*).
- Durch den Schwung des linken Beines bewegt sich die linke Beckenseite nach vorn (*Rotation* des Beckens um die *longitudinale Achse* nach rechts). Der Thorax rotiert nach links (*Gegenrotation*).



Abb. 1: Der Alltag bietet viele Möglichkeiten, sich aus der Skoliose heraus zu bewegen. Unzählige Male können so Beweglichkeit und Kraft geübt werden.

Mit der Skoliose ist das einfacher gesagt als getan: Diese Richtung der spiralförmigen Verschraubung ist anfangs viel fremder, unbeweglicher und weniger kraftvoll als anders herum. Hier helfen verschiedene Basisübungen, die Wahrnehmung zu schulen und neue Bewegungsfreiheiten zu schaffen. Die nötige Kraft kommt oft mit der Anwendung. Schon von der ersten Therapiestunde an werden die neuen Bewegungsmuster in den Alltag eingebaut. Erst ganz langsam und sehr konzentriert, später routinierter und im Idealfall integriert ins Training, in Tanz und vielleicht sogar ins Eiskunstlaufen.

4. Basisübungen und Variationen

4.1 Autoelongation: Wie sich die Wirbelsäule aus sich selbst verlängert

Um die Wirbelsäule aufzurichten, bedarf es der Verlängerung des Abstands zwischen Kopf und Becken. Die Aufrich-

tung der Wirbelsäule wird erreicht, wenn wir sie zwischen den Polen Kopf und Becken ausrichten. Bei der Ausrichtung des Beckens hilft uns die Schwerkraft. Genauer betrachtet, sind die Hüftgelenke in ihrer Eigenschaft als Kugelgelenke ein ziemlich bewegliches Fundament für die Beckenschale. Sie befinden sich eher vorn im Körper. Der größte Teil der Beckenschale befindet sich hinter der Extensions-Flexions-Drehachse und bildet so den längeren Hebel. Kurz gesagt: Das Becken ist hinten schwerer als vorn und „kugelig instabil“ gelagert. Mit diesem Wissen können wir endlich unsere Rückenstrecker und Hüftflexoren loslassen und das Kreuzbein schwer nach unten sinken lassen. Ein paar Millimeter und das Gefühl von Schwere bringen schon Erfolg!

Mit der Aufrichtung der Beckenschale steht nun auch die Sacumbasis nicht mehr ganz so abschüssig nach vorn. Im Idealfall steht sie schon fast waagrecht. Auf dieser Fläche stapelt sich der Wirbelsäulenturm, ein Wirbel auf dem anderen und obendrauf der Kopf. Die Bandscheiben sorgen für elastische Stoßdämpfung. Die Querfortsätze des Atlas sind zwischen Mastoid und Unterkiefer unter dem Ohr tastbar. Der längere Hebel liegt hier vorn. Entspannt man den Nacken, so senkt sich das Gesicht. Im Nacken entsteht ein leichter Zug, der sich im Verlauf des Rückens fortsetzt. Der Scheitel sollte während der Übung nach oben ausgerichtet bleiben, sonst sinkt das Kinn auf die Brust (Abb. 2).

Die Anwendung der Autoelongation im Alltag bietet ein breites Feld der *Variation*: beim Stehen als nützliche Überbrückungszeit beim Warten an Kassen oder Bushaltestellen, im Gehen, beim Treppensteigen, beim Sport.

4.2 Thoraxrotation: Den Blick wenden und Handeln

Für diese Übung benötigt man einen Ball, ein Thera-Band und eine Wand. Startposition: Schneidersitz mit dem Rücken zur Wand, der Ball ist zwischen Wand und Brustwirbelsäule positioniert. Bei der thorakal rechtskonvexen

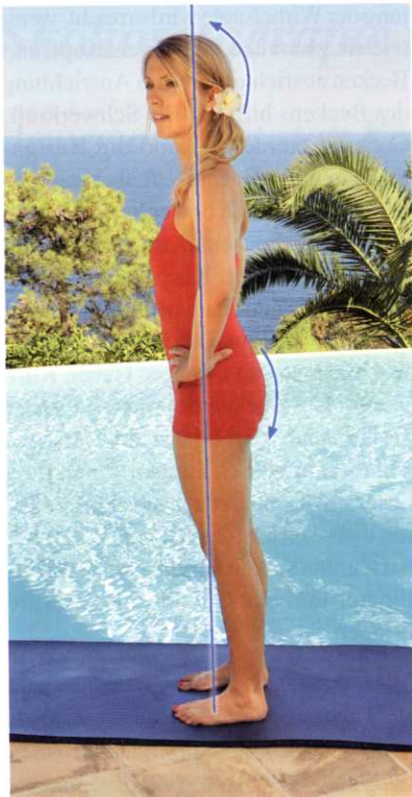


Abb. 2: Das Sacrum sinkt schwer ab, der Kopf wird durch die Wirbelsäule getragen. Für die elastische Ausdehnung der Wirbelsäule sorgen u.a. die Bandscheiben.

Skoliose ist der Thorax im Bereich des Skoliosebogens nach rechts gedreht. In der Übung wird die Rotation nach links besonders geübt. Das Thera-Band wird um den Brustkorb gelegt und mit beiden Händen gefasst. Der Kontakt des Bandes mit dem Rücken erleichtert die Wahrnehmung. Zunächst werden Kopf und Becken aufgerichtet, der Längszug, der so in der Wirbelsäule entsteht, richtet diese auf und verteilt die Bewegung gleichmäßig. Der Kopf leitet die Drehung der Wirbelsäule nach links ein. Damit die linke Rumpfseite lang bleibt, spitzt man das linke Ohr gen Himmel. Das rechte Sitzbein behält während der gesamten Drehbewegung guten Bodenkontakt. Über das Band ist die rechte Hand mit der rechten Thoraxseite verbunden.

Diese Idee lässt sich wunderbar in den Alltag mitnehmen. Jedes Mal, wenn die rechte Hand ausgestreckt wird, soll die

Verbindung Hand – Rippen dafür sorgen, dass sich auch der Thorax am Geschehen beteiligt, er dreht sich nach links, nach links-oben, nach rechts oder wohin die Greifbewegung die rechte Hand auch lenkt (Abb. 3).



Abb. 3: Die Verbindung Hand – Rippen durch das Thera-Band erleichtert die Integration des mobilen Thorax in das Handeln. Der alltägliche Handgebrauch wird so zur Übung.

4.3 Gegenrotation Thorax – Becken: Standbeinphase rechts

Auch für diese Übung braucht man eine Wand und ein Thera-Band (Abb. 4). Startposition: Seitlage links, die Füße zur Wand gerichtet. Der rechte Fuß stemmt gegen die Wand, das linke Bein ist ge-

beugt. Das Thera-Band wird um den Thorax gelegt und mit der rechten Hand gehalten. Der linke Arm liegt gestreckt unter dem Kopf. Die Wirbelsäule wird zwischen Kopf und Becken verlängert (Autoelongation). Der rechte Fuß stemmt nach unten gegen die Wand, die rechte Beckenseite nimmt diese Bewegungsrichtung auf, so dass sich der lumbale Bogen auflöst oder sogar umkehrt.

Über Zug mit dem linken Arm nach cranial verlängert sich die linke Thoraxhälfte. Der thorakale Bogen sinkt ab und schmiegt sich dem Boden an. Der Zug zwischen der rechten Beckenseite und der linken Thoraxhälfte kann als sanfte Dehnung wahrgenommen werden. Nun geht es in die 3D-Rotation. Der Kopf leitet die Drehbewegung ein, Wirbel für Wirbel überträgt sich die Rotation auf den Thorax. Über den Zug am Band kann sie im Thorax besonders betont werden. Das Becken bleibt stabil, es dreht auf keinen Fall mit.

Genau diese dreidimensionale Bewegung fällt Menschen mit thorakal rechtskonvexer Skoliose oft besonders schwer. Und doch sollte sie bei jedem Schritt stattfinden, immer in der rechten Standbeinphase. Hier öffnet sich auch das breite Feld der Variationen und Anwendungsmöglichkeiten.

Statt einer Stunde Hausaufgaben und Üben steht nun den ganzen Tag Spirdynamik® auf dem Programm. Autoelongation, Thoraxrotation mit Hilfe der Hand-Rippen-Verbindung und mit



Abb. 4: Die Simulation der Standbeinphase in Entlastung richtet den Focus auf die Rumpfbeweglichkeit sowie das Erlernen des Bewegungsablaufs.

Das konkrete Patientenbeispiel

Die Skoliose wurde bei Christine PONGRATZ anlässlich einer Routine-Untersuchung beim Schularzt festgestellt. Bis dahin war das achtjährige Mädchen völlig „normal“. Ab sofort galt sie als schief.

Die Aufklärung der Ärzte begann damit, die Verkrümmung zu beschreiben, und endete mit dem Satz: „Das wird in der Pubertät noch schlimmer“.

Heute setzt sich ein Patient mit ähnlicher Diagnose als erstes an den Computer und recherchiert im Internet: Verlauf der Krankheit, Details darüber und dann schnell zu den Netzwerken: Interesse- und Selbsthilfegruppen, Erfahrungsaustausch und so weiter. Christine PONGRATZ war damals acht Jahre alt, man schrieb das Jahr 1970. Da reduzierte sich die Info auf den behandelnden Arzt. Synchron zur Wirbelsäule nahm das Leben des Mädchens eine ungünstige Wende.

Strecken auf Biegen und Brechen?

Christine PONGRATZ' Familie zog durch den Beruf des Vaters öfter um, mit dem Wohnort wechselte der behandelnde Arzt. Jeder gab sein Bestes, und je nach Schwerpunkt wurde Schulsport oder Skifahren verboten. Einschränkungen hüben und drüben, die das Bewegungskind Christine zusätzlich belasteten. Einmal wöchentlich ging sie zur Krankengymnastik und übte fast täglich zu Hause. Doch besser wurde es nicht: Mit dem Wachstumsschub der Pubertät kamen weitere teils drastische Einschränkungen dazu, nicht nur tagsüber: Anstelle des kuschelweichen Bettes trat die Gips-Liegeschale, Schlafen war nur noch in Rückenlage möglich.

Die Prognosen der Ärzte traten unerbittlich ein, die skoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule nahm zu auf 45 Grad. Nun wurde die Operation diskutiert: Die Wirbelsäule sollte mit Metallstäben, Schrauben und Klammern begradigt werden. Doch selbst die Ärzte waren skeptisch: zu riskant der brachiale Eingriff, zu unsicher der Erfolg. „Mein Bauchgefühl sagte nein“, erinnert sich Christine PONGRATZ. „Heute bin ich meinen Eltern sehr dankbar, dass sie mich entscheiden ließen und mich nicht zur Operation drängten.“

Leben im Korsett

Mit 15 Jahren wurde Christine ein Korsett verordnet. 23 Stunden Tragepflicht pro Tag. Ein Milwaukee-Korsett mit einem breiten festen Ledergurt um die Hüfte und Metall-Stäben bis unter Kinn und Halswirbel. Ziel war, die Wirbelsäule in die Streckung zu zwingen. „Natürlich konnte man die Metallstäbe im Hals- und Kopfbereich sehen“, erinnert sich Christine PONGRATZ. „Ich versuchte, durch Rollkragenpullover und Tücher alles so gut es ging zu verdecken.“ Die glückliche Fügung: Sie hatte nicht unter Repressalien zu leiden. „Meine Mitschüler haben mich glücklicherweise so genommen, wie ich war – ob mit oder ohne Korsett. Nicht die Optik zählte, sondern die Freundschaft.“ Eine maßgebliche Unterstützung in der Pubertät.

Aus dem Kokon in neue Bewegungsfreiheit

Zwei Jahre später galt Christine als ausgewachsen. Die Siebzehnjährige konnte das Korsett endlich ablegen. Die Verbiegung war noch da, so wie sie bis heute da ist, aber der beengende Panzer war weg. „Vor allem den Sommer genoss ich in vollen Zügen“, erinnert sie sich. „Trägerkleider, Tops mit Spagettiträgern, und im Winter weigerte ich mich ab sofort, Rollkragenpullover anzuziehen.“ Nach all den Plagen begann die junge Frau, ihren scheinbar makelbehafteten Rücken konsequent zu ignorieren und zu verstecken. Die verständliche Reaktion auf die Beurteilungen und Zwänge der vergangenen Jahre. Doch die wirkliche Befreiung brauchte mehr: „Mit 36 Jahren bekam ich von einem Therapeuten den Tipp, es mit der SCHROTH-Therapie zu versuchen.“ Niemand hatte sie bisher auf diese Methode aufmerksam gemacht.

Rück-Sicht mal ganz ernst genommen

Eigeninitiative gehört – unter vielen anderen – zu den Vornamen von Christine PONGRATZ: Sie erkundigte sich via Internet über die Therapie und ließ sich sogleich von ihrem Orthopäden an die Katharina Schroth Klinik überweisen. Der Klinikaufenthalt mit anderen Skoliose-Patientinnen eröffnete eine neue Ära auf

Christine PONGRATZ' Skoliose-Weg. Nach Plagerei und Verdrängung war nun Integration an der Reihe: Der Rücken kam aus seiner Aschenputtel-Ecke heraus. Er durfte sich zeigen, wurde abgebildet, seine Bedürfnisse wurden wahrgenommen und seine individuelle Tagesform berücksichtigt. Nach der Verbannung trat er ins Zentrum: eine neue Rolle für die bislang makelbehaftete, abgewandte Körperseite, und eine große Aufgabe für Christine PONGRATZ: „Ich frage mich immer wieder, warum mir durch all die Jahre niemand von Schroth erzählt hat. Spiraldynamik gab es damals ja noch nicht, aber Schroth darf nicht ignoriert werden. Das war wirklich ein Meilenstein.“

Bewegungsfreiräume mit Spiraldynamik®

Durch andere Patienten kam der Kontakt zu Karin ROSMANN-REIF zustande, der Spiraldynamik®-Physiotherapeutin mit persönlicher Skoliose-Erfahrung. Christine PONGRATZ bekam erstmals die Möglichkeit, von starren und statischen Bewegungsabläufen wegzukommen. Nach all den Jahren der aufgezwungenen Erstarrung gelang ihr nun nach der emotionalen Integration des Rückens eine ganz neue Form integrierter Bewegung durch Spiraldynamik®. Die Logik und die neu entdeckten Bewegungsräume faszinierten die junge Frau. Der Alltag wurde zum Trainingsfeld: Schwimmen, Tauchen, Skifahren und im Sommer Motorradfahren wurden wieder möglich.

Christine PONGRATZ hat immer noch eine Skoliose, wird sie immer haben, aber ihr kompetenter, positiver Umgang damit ist der Schlüssel zu Bewegungsfreiheit und Lebensqualität. Ein langer Weg des Selbststudiums, der Disziplin und Einfühlungsvermögen erfordert: ein Balanceakt, der täglich herausfordert. Sicher, Christine PONGRATZ ist ein Multitalent, ein Energiebündel. Vor allem ist sie ein Beispiel, was möglich ist durch Eigeninitiative und Selbstakzeptanz. In ihren Worten: „Ich wünsche allen, die Skoliose haben, die Energie und Neugierde, Neues kennen zu lernen und sich nicht durch Äußerlichkeiten selber einzuschränken“.

dem täglichen Gehen lassen sich die Prinzipien vielfältig einbauen. Die effektive Übungszeit verlängert sich fast beliebig: Wer täglich eine volle Stunde übt, bleibt 23 Stunden untrainiert. Wer sich auf Schritt und Tritt, beim Sitzen, Gehen und Laufen dreidimensional intelligent bewegt, macht den Alltag zum Trainingsfeld.

Häufig höre ich in der Therapie Entschuldigungen, dass in den letzten zwei Wochen nicht so viel geübt wurde. Und schon im nächsten Satz erzählt mir dieselbe Person, dass sie auf der Loipe beim Skaten viel kraftsparender vorwärts gekommen ist, weil sie die Autoelongation anwenden konnte. Was will man mehr als Therapeut?

Sämtliche Abbildungen sind mit freundlicher Genehmigung dem Buch entnommen: LARSEN, Christian; ROSMANN-REIF, Karin (2010): Skoliose – Hilfe durch Bewegung. Trias-Verlag Stuttgart.

Die Autorin:

Sabine Nagel
Spiraldynamik® Med Center
Restelbergstr. 27
CH-8044 Zürich
www.spiraldynamik.com

Stichworte:

- Skoliosetherapie
- Spiraldynamik®
- Autoelongation
- Thoraxrotation



Physio-News

Newsletter-Dienst der
Praxis Physiotherapie

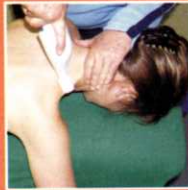
Melden Sie sich an unter

www.praxis-physio-news.de

SECONA
CONRAD GmbH

„Die Vibration für mehr Erfolg in der Therapie“ BMS - Biomechanische Muskelstimulation nach Nazarov

Nacken- behandlung



Waden- behandlung



Nacken- behandlung



Oberschenkel- behandlung



- Die Anwendung kann auf gespannter oder gedehnter Muskulatur erfolgen
- Die eigentliche Therapie wird effektiver
- Die Muskeln werden schneller entspannter und lockerer
- Geräte sind zugelassen gemäß Medizinproduktegesetz
- Lassen Sie sich über diese sensationelle Therapie beraten

Indikationen:

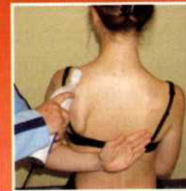
Bindegewebschwäche, Muskelverspannung, Schmerztherapie, Arthrose, Durchblutungsstörung, Narben und vieles mehr



Epikondylitis- behandlung



HWS - Behandlung



Schulter- behandlung



Gesichts- behandlung



BMS-Sigma Handgerät



BMS-Theta Typ 1016

Bodenbacher Str. 81
01277 Dresden

Tel.: 0351-25 95 10
Fax: 0351-25 95 122

www.secona.de
info@secona.de