6.7 Grifftechniken und Reaktionspunkte

LERNZIELE

Kenntnisse über
- die unterschiedlichen Verschiebeschichten
- die Ausführung der spezifischen Techniken:
  - Hand- und Fingerhaltung
  - Hauttechnik
  - Unterhauttechnik
  - Faszientechnik
  - Flächige Bindegewebsmassage
  - Reaktionspunkte

Die Bindegewebsmassage erfolgt in unterschiedlichen, jedoch nicht scharf abgegrenzten Verschiebeschichten der Haut:
- Die obere Schicht besteht zwischen Oberhaut und Unterhaut (obere Verschiebeschicht).
- Die zweite Schicht besteht zwischen Unterhaut und Faszie (tiefe Verschiebeschicht).
- Die Muskelfaszien bzw. Faszienränder selbst bilden die dritte Behandlungsschicht.

Zwischen Ober- und Unterhaut ist die Mobilität und damit die Verschieblichkeit am geringsten, während die Mobilität zwischen Unterhaut und Körperfaszie am größten ist. Die tiefe Verschiebeschicht zwischen Unterhaut und Körperfaszie ist sowohl diagnostisch als auch therapeutisch die wichtigste. Je exakter in den jeweiligen Schichten gearbeitet wird, desto wirkungsvoller ist das Ergebnis der Bindegewebsmassage.

Durch den **Dehnungsreiz (therapeutischer Zug)**, der durch die Bindegewebsmassage in den jeweiligen Schichten ausgeübt wird, entsteht ein charakteristisches schneidendes Gefühl.

Druck sowie die Hand- und Fingerhaltung entscheiden darüber, in welcher Schicht der therapeutische Zug ausgeübt wird.

Im Rahmen der Bindegewebsmassage werden verschiedene Techniken angewendet:
- Hauttechnik
- Unterhauttechnik
- Faszientechnik

Eine Sonderform ist die **flächige Bindegewebsmassage**, die zur Vorbereitung oder als eigenständige Technik durchgeführt werden kann. Sie wird insbesondere bei Patienten angewendet, deren Bindegewebe sehr dick und gespannt ist, was vor allem bei adipösen Personen vorkommt.

Wenn bei der Bindegewebsmassage Fehlreaktionen (**s. Kap. 6.6.4**) auftreten oder der Patient nicht auf die Bindegewebsmassage anspricht, so können regionäre Reaktionspunkte behandelt werden. Wichtige Reaktionspunkte sind:
- Trigonum lumbale
- Gebiet um den Trochanter major
- Zone auf der Medianlinie des Os sacrum
- Hiatus tendineus (adductorius)
- Fossa poplitea
- Winkel zwischen Spina scapulae und Klavikula
- Fossa infraclavicularis
- Fossa jugularis
- Mm. sternocleidomastoidei am Manubrium sterni
- Bereich des Beckens
- Glutealregion

6.7.1 Hand- und Fingerhaltung

Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Bindegewebsmassage ist eine korrekte Fingerhaltung. Druckstärke sowie die Haltung der Hand und der Finger sind abhängig von der zu massierenden Schicht. In der Grundposition sind die Finger 2–5 in allen Gelenken leicht gebeugt, das Handgelenk befindet sich in leichter Dorsalextension.

Hand- und Fingerhaltung

1

Grundhaltung
In der Grundhaltung sind die Fingergelenke leicht gebeugt, während sich das Handgelenk in leichter Dorsalextension befindet.

2

Kontaktfläche
Die Kontaktfläche bilden in der Regel die Fingerkuppen von Mittel- und Ringfinger. Der Auflagedruck hängt von der gewünschten Verschiebeschicht ab.

3

Bewegung
Die Finger ziehen mit der ulnaren oder radialen Kuppe des Mittel- und Ringfingers. Die Bewegung kommt im Prinzip aus der Schulter und dem Arm und wird auf die Hand bzw. die Finger übertragen.

4

Unterstützung des Handgelenkes
Eine Möglichkeit, den Druck der ziehenden Finger zu erhöhen, besteht darin, mit der freien Hand das Handgelenk der Arbeitshand zu unterstützen. Diese Druckverstärkung kann zum Beispiel bei der Faszientechnik angewendet werden.

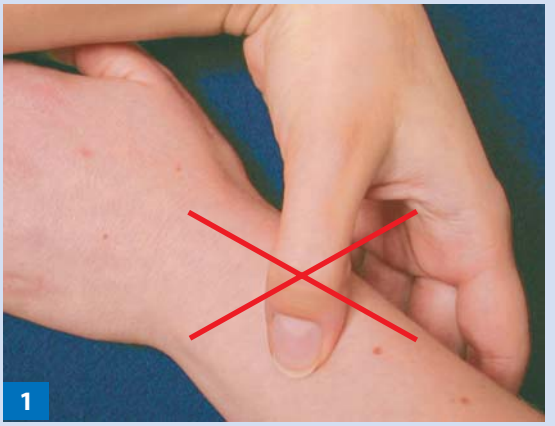
Die Stärke der Druckausübung hängt von der Zielstruktur (Faszie/Unterhaut) und der gewünschten Technik ab. Bei der Unterhaut- und Faszientechnik ist ein höherer Kraftaufwand zur Erzeugung des therapeutischen Zuges erforderlich, so dass es hier sinnvoll ist, beide Hände einzusetzen. Daneben gibt es bezüglich der Handhaltung einige Fehlerquellen, die der Therapeut kennen und vermeiden sollte.

Hand- und Fingerhaltung

Druckverstärkung durch die Fingerkuppen
Bei den Faszientechniken wie z. B. hier beim Anhaken des Tractus iliotibialis können die Fingerkuppen der anhakenden Finger durch den Druck der Fingerkuppen der anderen Hand verstärkt werden.

Einsatz der Daumenkuppen
Eine weitere Möglichkeit zur Ausübung des therapeutischen Reizes besteht im Einsatz der radialen Kanten der Daumenkuppen. Hierbei werden beide Kuppen dicht nebeneinander gelegt.

Fehlerquellen



Lange Fingernägel
Der therapeutische Reiz wird normalerweise mit der ulnaren Seite der Fingerkuppe und keinesfalls mit dem Fingernagel ausgeführt. Zu lange Fingernägel können das Hautgewebe mechanisch verletzen. Die Fingernägel sollten kurz und an den Nagelfalzen etwas abgerundet sein. Optimal ist die Nagellänge, wenn der Nagel der gesamten Fingerbeere einen Gegenhalt geben kann.

Überstreckte Gelenke
Überstreckte Gelenke, wie hier gezeigt, kennzeichnen eine unergonomische Arbeitsweise, die gleichzeitig eine unnötige und vermeidbare Belastung der Gelenke des Therapeuten darstellt. Weiterhin wird hier der therapeutische Reiz nicht mehr tangential zur Haut ausgeführt.

6.7.2 Hauttechnik

Die Hauttechnik erfolgt zwischen Ober- und Unterhaut. Da sich beide Schichten nur schwer voneinander abgrenzen lassen, stellt die Hauttechnik eine besondere Herausforderung an den Therapeuten dar. Der aufgewendete, sehr geringe Druck muss stets auf die Verschiebeschicht zwischen Ober- und Unterhaut wirken.

Deutliche Bindegewebszonen in der oberen Verschiebeschicht stellen sich bei Erwachsenen nur bei akuten Erkrankungen dar, weshalb die Hauttechnik auch nur dann angewendet wird. Bei Kindern bis zur Pubertät ist die Hauttechnik die Methode der Wahl, da die Verschiebeschicht zwischen Unterhaut und Faszie erst nach der Pubertät ausgebildet wird.

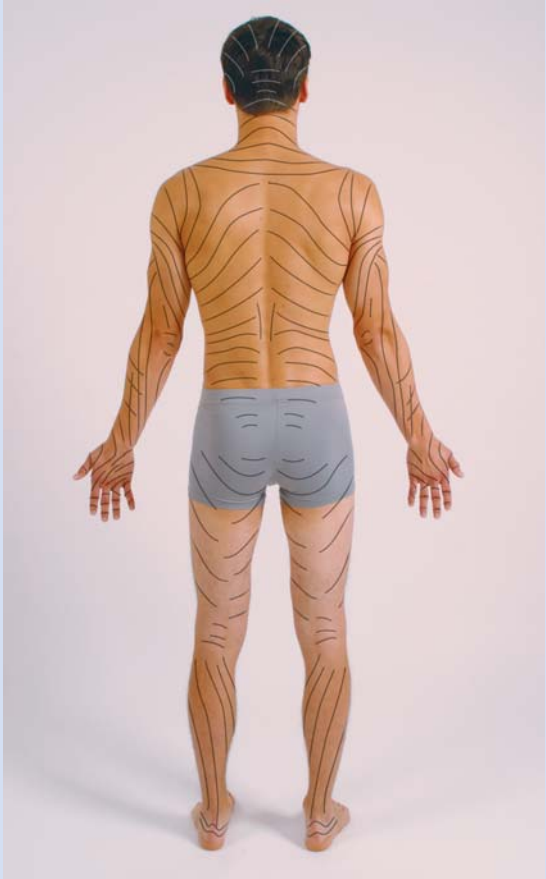
Die Verschieblichkeit zwischen Ober- und Unterhaut ist sehr gering, daher stellt sich das Schneidegefühl fast unmittelbar nach dem Aufsetzen der Finger ein.

Der Verlauf der Arbeitslinien bei der Hauttechnik richtet sich nach dem Verlauf der so genannten **Spaltlinien** der Haut. Bei den Spaltlinien handelt es sich um **Spannungslinien**, in deren Verlauf beispielsweise auch chirurgische Schnitte gesetzt werden.

Weiterhin ist es hilfreich, während der Durchführung der Hauttechnik die Haut etwas zu dehnen oder zu spannen.

Spaltlinien

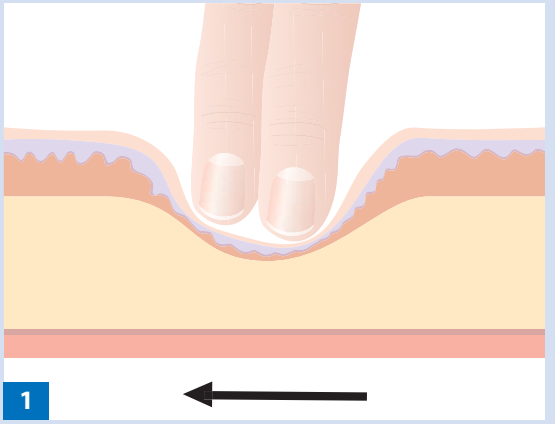
Ansicht von ventral
Die Spaltlinien im Bereich des Ober- und Unterbauches verlaufen fast horizontal. Die Spaltlinien im Bereich der Extremitäten nehmen einen vertikalen bis spiralförmigen Verlauf.



Ansicht von dorsal
Die Spaltlinien im Bereich des Rückens (Höhe der Lendenwirbel- und Halswirbelsäule) verlaufen fast horizontal.

Die Arbeitslinien im Bereich des Rumpfes verlaufen kaudal beginnend von der Wirbelsäule aus nach lateral. Der komplette Aufbau der Bindegewebsmassage mit der Hauttechnik wird in **Kap. 6.11.4** beschrieben. Bei der Behandlung von kleinen Kinder muss darauf geachtet werden, dass das Schneidegefühl nicht zu stark wird, damit keine Abwehrreaktionen entstehen.

Verschiebeschicht zwischen Ober- und Unterhaut



Die Verschiebeschicht zwischen Oberhaut und Unterhaut liegt sehr oberflächlich und wird daher auch obere Verschiebschicht oder hautnahe Bindegewebszone genannt.

Bei der Bindegewebsmassage der oberen Verschiebeschicht ist nur sehr wenig Druck erforderlich. Die Kunst liegt darin, genau in dieser Schicht zu behandeln.

Der paravertebrale Längsgang

Der paravertebrale Längsgang dient unter anderem dazu, hautnahe Bindegewebszonen aufzuspüren, daher rührt seine historische Bezeichnung als diagnostischer Strich. Er ist jedoch mit Vorsicht anzuwenden, da er selbst Irritationen auslösen kann.

Die Durchführung erfolgt, indem die Kanten der 3. und 4. Finger 3 cm paramedian in Höhe des 5. Lendenwirbels aufgesetzt werden. Danach erfolgt das Verschieben der Unterhaut nach kranial und in der nächsten Phase der therapeutische Zug entweder schubweise oder kontinuierlich nach kranial.

6.7.3 Unterhauttechnik

Mittels der Unterhauttechnik verschiebt der Therapeut die Unterhaut gegenüber Körper- bzw. Muskelfaszie. Diese Schicht wird auch die tiefe Verschiebeschicht genannt. Die Unterhauttechnik gehört zusammen mit der Faszientechnik zu der am häufigsten eingesetzten Technik im Rahmen der Bindegewebsmassage. Der komplette Behandlungsaufbau wird in **Kap. 6.8.2** dargestellt.

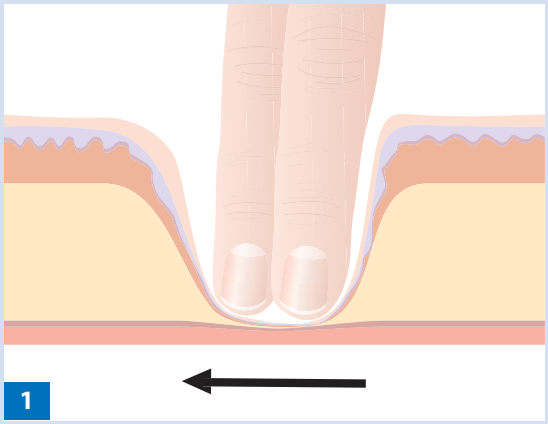
Die Verschieblichkeit zwischen Unterhaut und Faszie ist wesentlich deutlicher als zwischen Ober- und Unterhaut. Um in die Verschiebeschicht der Unterhauttechnik vorzudringen, muss der Therapeut wesentlich mehr Druck ausüben als bei der Hauttechnik, da sie sehr tief liegt. Die Unterhauttechnik wird ebenfalls mit den ulnaren oder radialen Seiten des 3. und 4. Fingers ausgeführt. Um eine Überbeanspruchung der Hand zu vermeiden, kann der Druck auch mit der anderen Hand verstärkt werden (**s. Kap. 6.7.1, S. 80**).

Die Durchführung der Unterhauttechnik lässt sich in mehrere Phasen unterteilen:

- **Kontaktaufnahme:** Die Finger nehmen durch Haut und Unterhaut Kontakt mit der Faszie auf.
- **Verschieben:** Haut und Unterhaut werden mit dem 3. und 4. Finger bis zur Verschiebegrenze verschoben. Bis zu diesem Punkt darf kein schneidendes Gefühl beim Patienten auftreten.
- **Therapeutischer Zug:** An der Verschiebegrenze wird nun der therapeutische Zug ausgelöst, wodurch das charakteristische Schneidegefühl entsteht.

Da, wie bereits erwähnt, die Verschieblichkeit zwischen Unterhaut und Faszie relativ stark ist, kann das Schneidegefühl auch nicht unmittelbar nach dem Ansetzen der Finger spürbar werden.

Unterhauttechnik



1

Die Verschiebeschicht zwischen Körper- und Muskelfaszie liegt sehr tief und wird daher auch tiefe Verschiebeschicht genannt. Der Druck, der ausgeübt werden muss, ist so stark, dass die Fingerkuppen die Faszie erreichen.

2

Bei der Bindegewebsmassage der tiefen Verschiebeschicht ist viel Druck erforderlich. Ausgeführt wird sie mit der ulnaren oder radialen Seite des 3. und 4. Fingers.

6.7.4 Faszientechnik

Bei der Faszientechnik erfolgt der Zug im Bereich von Faszien- und Muskelrändern. Hierbei sind nur sehr kurze Arbeitsgänge möglich. Diese lassen sich mit einer Anhakbewegung an Faszien- und Muskelrändern beschreiben, woher sich auch die Bezeichnung **„Anhaken"** ableitet, die den therapeutischen Vorgang beschreibt. Da die Bewegung jeweils auf den Faszien- oder Muskelrand hin erfolgt, sind hier keine längeren Arbeitsgänge möglich. Der erforderliche Druck, der für das Anhaken aufgewendet werden muss, ist etwas stärker als bei der zuvor beschriebenen Unterhauttechnik. Bei der technischen Durchführung der Faszientechnik ist es wichtig, dass die Finger genau am Faszien- bzw. Muskelrand angesetzt werden. Das darauf folgende Anhaken entspricht dem bisher beschriebenen therapeutischen Zug. Dies bedeutet, dass durch das Anhaken direkt das helle, die korrekte Wirkung signalisierende Schneidegefühl ausgelöst wird. Auch bei der Faszientechnik gilt, dass der Patient kein unangenehmes Druckgefühl verspüren darf. Das Aufsuchen und Anhaken bestimmter Faszien- oder Reaktionspunkte dient weiterhin der Umstimmung bei vegetativen Fehlreaktionen sowie bei so genannten Nichtreaktionen.

Faszientechnik

1

Der Rand des M. latissmus dorsi ist durch aktive Anspannung darstellbar. Dazu drückt der Patient den abduzierten Oberarm gegen den Widerstand des Therapeuten nach unten.

2

Der Therapeut setzt die Fingerkuppen an den ventralen Muskelrand des M. latissmus dorsi an. Der therapeutische Zug erfolgt rechtwinklig zum Muskelrand.

6.7.5 Flächige Bindegewebsmassage

Die flächige Bindegewebsmassage bildet eine in sich geschlossene „sanfte“ Massage des Bindegewebes. Der Behandlungsreiz ist geringer als bei den vorherigen Techniken, auf den therapeutischen Zug und die Auslösung des damit verbundenen charakteristischen Schneidegefühls wird weitgehend verzichtet. Eine Ausnahme bilden die Anhaktechniken, hier kann durchaus ein therapeutischer Zug ausgeübt werden. Die flächige Bindegewebsmassage kann als allein stehende Maßnahme durchgeführt werden. Sie kann aber auch als Vorbereitung auf die Bindegewebsmassage mit Unterhaut- und Faszientechniken angewendet werden. Eine solche Vorbereitung ist dann sinnvoll, wenn das Bindegewebe so gespannt ist, dass die Unterhaut- und Faszientechnik zunächst gar nicht durchführbar ist. Einen derartigen Spannungszustand findet man häufig bei adipösen Personen. In diesem Fall können der eigentlichen Bindegewebsmassage 2–3 Vorbehandlungen mit der flächigen Bindegewebsmassage vorangehen. Die Darstellung des kompletten Ablaufes der flächigen Bindegewebsmassage in **Kap. 6.8.1**.

Bei der flächigen Bindegewebsmassage werden zwei Griffe verwendet:

- Verschieben einer Hautfalte und
- Anhaken mit dem Daumen.

Das Verschieben von Hautfalten ist im Übrigen eine Technik, die auch in der Klassischen Massage angewendet wird.

Verschieben einer Hautfalte

Im ersten Schritt werden die Daumen nebeneinander mit den radialseitigen Kuppen fest auf das Gewebe aufgelegt. Die Finger 2–5 ziehen das Gewebe nun so gegen die Daumenkuppen, dass eine Hautfalte entsteht.

Im nächsten Schritt verschieben die Daumen das Gewebe tangential zur unterliegenden Faszie. Während die Daumen die Falte fortlaufend verschieben, bilden die übrigen Finger einen Gegenhalt. Das Gewebe soll dabei in einer geraden Linie parallel zur Ausgangslinie verschoben werden.

Das Anhaken mit dem Daumen entspricht praktisch einer flächigen Variante der Unterhauttechnik. Auch werden wieder die radialen Daumenkuppen eng nebeneinander auf einer Ausgangslinie aufgesetzt. Die Hautfalte wird aber dann mit den Daumenkuppen tangential und parallel zur Ausgangslinie verschoben.

Fehlerquellen beim Verschieben der Hautfalte

Eine mögliche Fehlerquelle besteht darin, dass die Hautfalte zu oberflächlich, wie hier gezeigt, gebildet oder gefasst wird. Ziel dieser Technik ist es aber, möglichst viel Gewebe von der Faszie zu mobilisieren.

Eine weitere Fehlerquelle stellt das „Verwringen" der Hautfalte dar. Die Hautfalte muss aber bei dieser Technik in einer Linie parallel zur Ausgangslinie bewegt werden.

Anhaken mit dem Daumen

Zunächst werden die Daumenkuppen dicht nebeneinander fest auf die unterliegende Faszie aufgesetzt. Die Finger 2–5 bilden einen Gegenhalt.

Aus dieser Position erfolgt das so genannte Anhaken, indem die Daumen die Unterhaut tangential und parallel zur Ausgangslinie wegschieben. Hierbei kann es, wenn die Verschiebegrenze erreicht wurde und die Unterhaut weiter verschoben wird, zu einem therapeutischen Zug mit dem Schneidegefühl kommen.

6.7.6 Reaktionspunkte

Reaktionspunkte dienen im Rahmen der Bindegewebsmassage der Umstimmung bei Fehlreaktionen (**s. Kap. 6.6.4**) bzw. bei Nichtansprechen auf die Bindegewebsmassage. Bei den hier beschriebenen Reaktionspunkten handelt es sich meist um bestimmte anatomisch definierte Areale wie beispielsweise Muskellücken. Möglicherweise sind an diesen Punkten Gefäße und Nerven der Bindegewebsmassage besser zugänglich, so dass hier eine übergeordnete Reaktion ausgelöst werden kann.

Hiatus tendineus (adductorius), *F*

S: Hiatus tendineus mit durchtretenden Gefäßen (A. und V. femoralis, N. saphenus)
H: Der Therapeut setzt die Fingerkuppen oberhalb des Condylus medialis zwischen den Adduktoren und den Muskeln der Semigruppe an. Die andere Hand umfasst die dorsale Seite des Oberschenkels und strafft die Haut.

B: Die Bewegungsrichtung erfolgt von posterior nach anterior, wobei die Verschiebegrenze sehr kurz ist. Der therapeutische Zug endet am Hiatus adductorius. Die Durchführung erfolgt ein- bis dreimal.
! I. d. R. tritt ein starkes Schneidegefühl auf. Bei Fehlreaktionen sollte die Technik nicht weiter durchgeführt werden.

M. gastrocnemius, *U*, *F*

S: Winkel zwischen Caput mediale und Caput laterale des M. gastrocnemius
H: Der Therapeut setzt die Fingerkuppen etwas kranial an der Vereinigungsstelle beider Muskeln in die gemeinsame Sehne an.

B: Die Bewegungsrichtung erfolgt bis zur Verschiebegrenze von proximal nach distal. Der therapeutische Zug endet am Übergang in die gemeinsame Sehne.
! Der Verschiebeweg ist bei der Unterhauttechnik relativ kurz. Bei der Faszientechnik wird stärkerer Druck ausgeübt, das Schneidegefühl tritt unmittelbar ein.

http://www.springer.com/978-3-540-00094-5

Reflextherapie
Bindegewebsmassage Reflexzonentherapie am Fuß
Kolster, B.C.; Marquardt, H.
2004, XIII, 226 S., Hardcover
ISBN: 978-3-540-00094-5