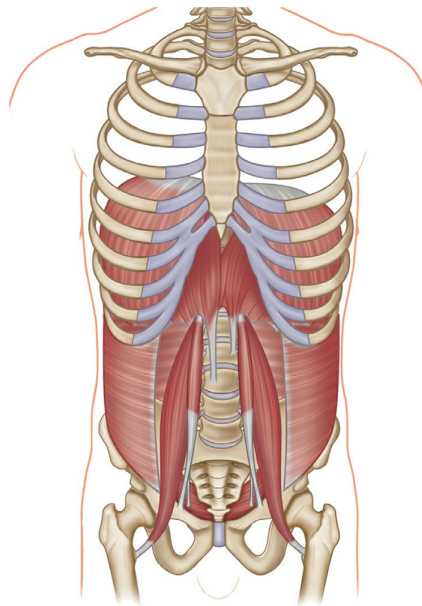
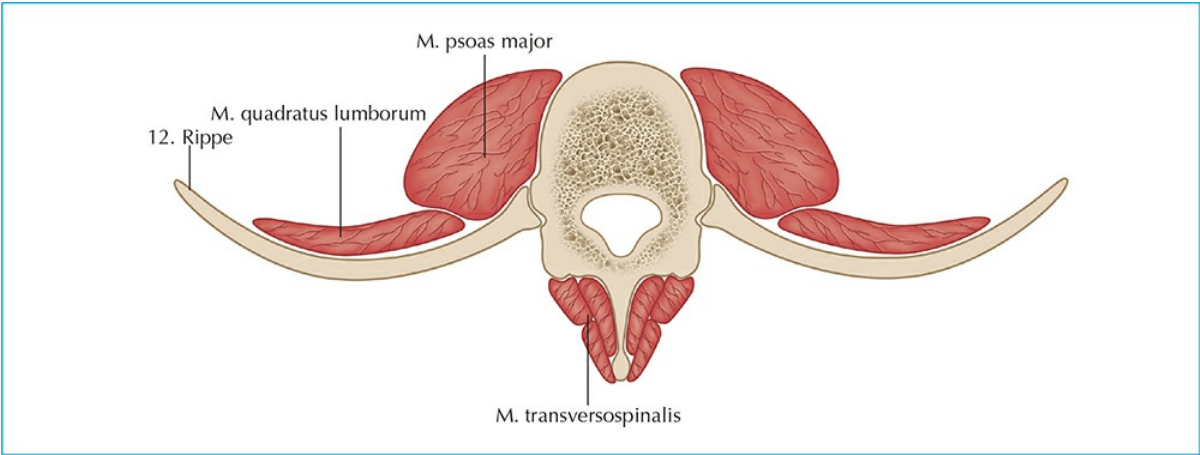
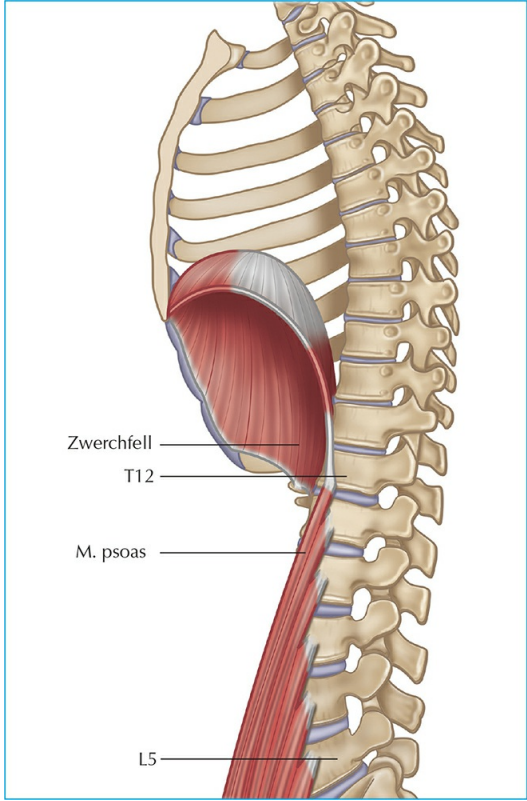


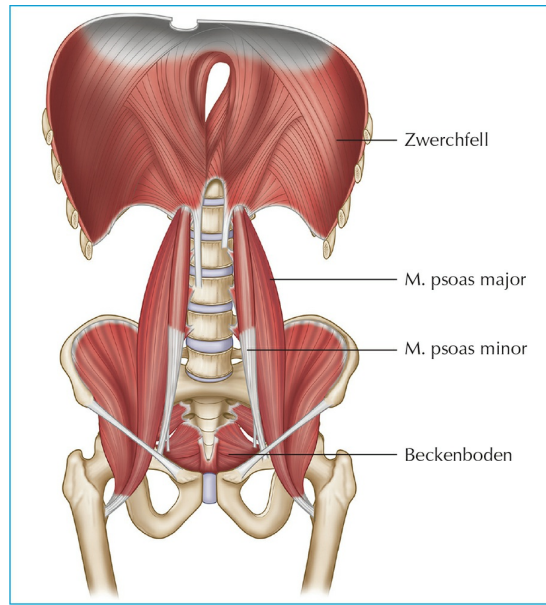
Evan Osar

*Die*  
Psoas  
Lösung



**COPRESS**



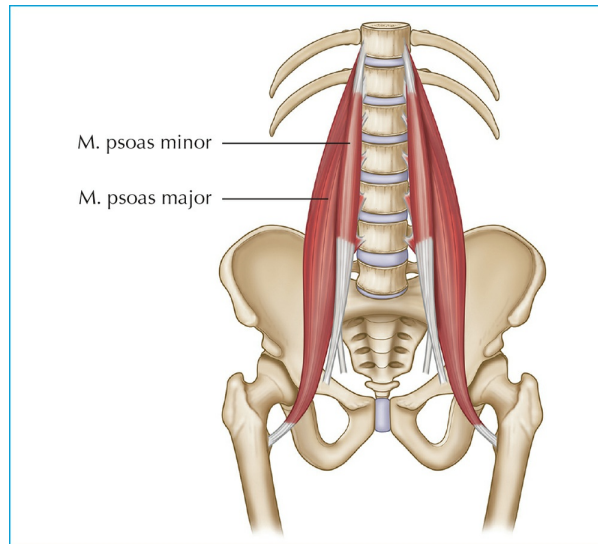


Distal wird der PMj dicker, verbindet sich mit dem Beckenboden und bindet sich durch Faszien in die unteren Fasern des M. transversus abdominis und des M. obliquus internus ein (Gibbons 2005ab, Gibbons 2007). Er verbindet sich mit dem Beckenrand und durch seine Faszien mit dem Beckenboden, bevor er weiter nach unten verläuft, um am Trochanter minor des Femur anzusetzen (Gibbons 2005ab, Gibbons 2007). So wirkt der M. psoas als myofasziale Verbindung zwischen Zwerchfell und Beckenboden (Bild oben).

Studien ergaben, dass 40–50 % der Bevölkerung keinen M. psoas minor (PMn) haben (Stecco 2015, Myers 2014, Franklin 2011, FitzGordon 2013), auch wenn er bei 65,6 % der 32 von Neumann und Garceau (2014) seziierten Hüften vorhanden war. Ist der PMn vorhanden, entspringt er von den unteren zwei Brustwirbeln, den benachbarten Rippen und Bandscheiben und setzt am oberen Beckenast an.

Bei Personen ohne PMn verbinden sich Fasern des PMj mit der iliakalen Faszie an der Eminentia iliopubica (Stecco 2015, Myers 2014).

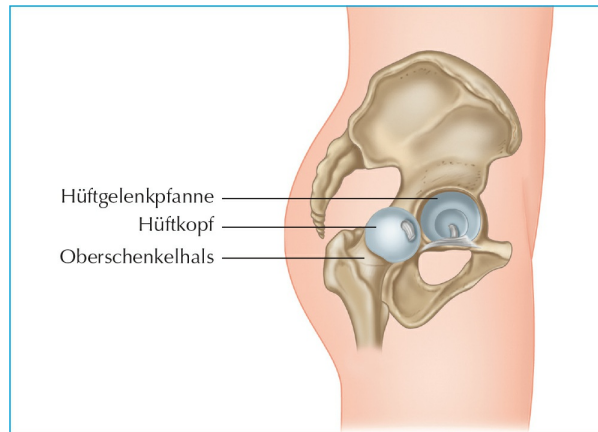
Zum besseren Verständnis der Funktion des M. psoas konzentriert sich der nächste Abschnitt auf die Bewegung in Verbindung mit dem Hüftkomplex.



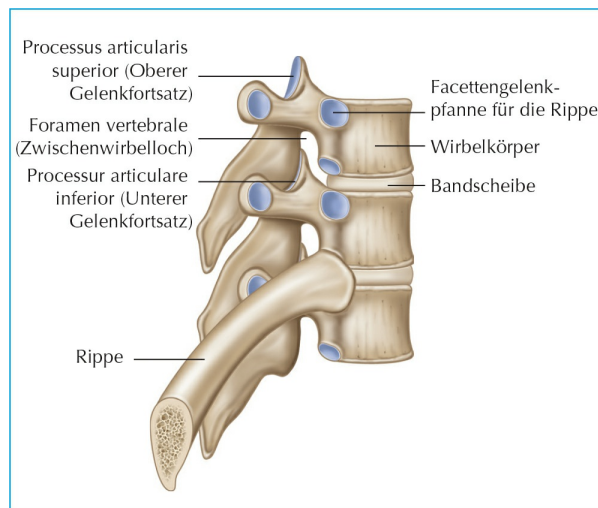
## Gelenkbewegung und -zentrierung

Der M. psoas übt auf mehrere Gelenke des Körpers einen sehr spezifischen Einfluss aus wie auf Hüfte, Wirbelsäule und Becken. Dieses Buch bespricht die Rolle des M. psoas bei der Haltungs- und Bewegungskontrolle in diesen Bereichen. Wo sich zwei Knochen verbinden, entsteht ein Gelenk, um eine Bewegung zu erlauben. Größe und Form des Gelenks sowie die Art der Muskeln, Faszien und Bänder, die es umgeben, bestimmen den möglichen Bewegungsumfang dieses Gelenks.

Ein *Synovialgelenk* enthält Synovialflüssigkeit und knorpelige Enden, die jeden Knochen des Gelenkes bedecken, und es wird von einer ligamentösen Gelenkkapsel umgeben. Eine optimale Beweglichkeit des Gelenks – erreicht durch die richtige Ausrichtung und Kontrolle – regt die Produktion der Synovialflüssigkeit an, während optimale Ruhe (nicht-gewichtstragende Haltungen) es dem Gelenk erlauben, sich zu entspannen. Die angemessene Belastung und Entlastung von Synovialgelenken sind Schlüsselfaktoren für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit und Langlebigkeit des Gelenks. Länger anhaltende Kompression nach myofaszialen Überspannungen (Gripping) ist eine häufige Ursache für degenerative Gelenkerkrankungen.



Bei optimaler Ausrichtung und Kontrolle kann das Hüftgelenk normalen Kräften standhalten, und es findet eine normale Gelenkalterung statt. Bei beeinträchtigter Ausrichtung und Kontrolle und/oder myofaszialer Überspannung als Ergebnis einer zu starken Kompression des Gelenks wird es durch chronischen Verschleiß degenerieren, was zu einer degenerativen Gelenkerkrankung führt. Genau wie die Synovialgelenke enthält auch die Wirbelsäule knorpelige Gelenke, die von zwei Knochen gebildet werden, die durch eine Zwischenwirbelscheibe (Bandscheibe) aus Knorpelgewebe miteinander verbunden sind. In der Wirbelsäule sind zwei benachbarte Wirbel (Knochen) über eine Zwischenwirbelscheibe (knorpeliger Anteil der Bandscheibe) miteinander verbunden. Die Facettengelenke, die bei der Bewegung der Wirbelsäule helfen, werden von zwei benachbarten Wirbeln gebildet und gelten als Synovialgelenke (Abbildung unten).



### Gelenkbewegung von Hüften, Wirbelsäule und Becken

Ungeachtet des Gelenktyps wird die Gelenkbewegung im Allgemeinen danach benannt, was der proximale Gelenkknochen (der am nächsten am Körperzentrum ist) in Bezug zum distalen Knochen macht (der am weitesten davon entfernt ist).

## **Die Bewegung der Hüfte**

Die Hüftbewegung kann auf zweierlei Art betrachtet werden: Was geschieht (1), wenn sich der Femur (Oberschenkelknochen) in Bezug auf das Becken bewegt, und was geschieht (2), wenn sich das Becken in Bezug auf den Femur bewegt. Eine Hüftbeugung beispielsweise erfolgt, indem der Hüftkopf bewegt oder gebeugt wird, während das Becken relativ unbeweglich bleibt. Ähnlich kann das Becken über dem Hüftkopf drehen.

Im Allgemeinen wird es als Hüftbeugung betrachtet, wenn sich der Femur Richtung Gelenkkopf bewegt und die Hüftpfanne relativ unbeweglich bleibt. Wenn sich das Becken nach vorne über die Hüftköpfe dreht, gilt dies ebenfalls als Hüftbeugung, auch wenn dies öfter als Beckenkipfung nach vorne bezeichnet wird. Mechanisch ausgedrückt ist eine Hüftbeugung erforderlich, um jegliches Bewegungsmuster hervorzubringen, bei dem sich der Hüftkopf in der Gelenkpfanne dreht und der Oberschenkel sich Richtung Rumpf bewegt.

Die Hüftbewegung umfasst:

- *Hüftbeugung* – der Femur beugt sich im Verhältnis zum Becken oder das Becken dreht sich im Verhältnis zum Femur (in der Sagittalebene) nach vorne.
- *Hüftstreckung* – der Femur streckt sich im Verhältnis zum Becken oder das Becken dreht sich im Verhältnis zum Femur (in der Sagittalebene) nach hinten.
- *Hüftrotation* – der Femur dreht sich im Verhältnis zum Becken oder das Becken dreht sich (in der Transversalebene) um den Femur.
- *Hüftabduktion* – der Femur abduziert im Verhältnis zum Becken oder das Becken beugt sich (in der Frontalebene) über den Femur.
- *Hüftadduktion* – der Femur adduziert im Verhältnis zum Becken oder das Becken beugt sich (in der Frontalebene) über den Femur.