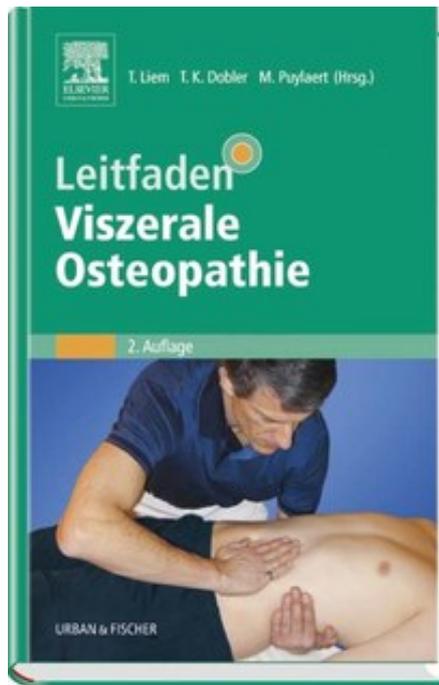


Liem T. / Dobler T. / Puylaert M. Leitfaden Viszerale Osteopathie

Reading excerpt

[Leitfaden Viszerale Osteopathie](#)
of [Liem T. / Dobler T. / Puylaert M.](#)

Publisher: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b20003>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



Osteopathische Sicht des viszeralen Systems	1
Diagnostik- und Behandlungsprinzipien	2
Speiseröhre	3
Magen	4
Dünndarm	5
Dickdarm	6
Peritoneum (Bauchfell)	7
Retroperitoneum (Spatium retroperitoneale)	8
Leber	9
Gallenblase und Gallenwege	10
Milz	11
Pankreas	12
Niere und Ureter	13
Harnblase	14
Weibliche Geschlechtsorgane	15
Prostata	16
Herz und Perikard	17
Lunge, Pleura und Zwerchfell	18
Anhang	635
Register	651

- Wenn die Spannung erhöht ist (Spannungszunahme), sind eine vermehrte Rigidität und ein Elastizitätsverlust palpierbar.

Interpretation:

2

- Nach diesem hypothetischen Ansatz ist davon auszugehen, dass die veränderte entodermale Spannung die Organfunktion in irgendeiner Form beeinträchtigt; differenzialdiagnostisch müssen zuvor pathologische Gewebeveränderungen wie Morbus Crohn, Zöliakie etc. ausgeschlossen worden sein.
- Die Hypothese lautet: In der Regel reagiert das Organ funktionell zunächst mit einer Spannungszunahme. Hält die Situation, auf die das Organ mit dieser Spannungszunahme reagiert, weiter an, kommt es zu einer zunehmenden Verhärtung oder zum Spannungsverlust.

Point of balanced entodermal tension (PBET) (► Abb. 2.12)

Ist die entodermale Spannung erhöht oder vermindert, gilt es im nächsten Schritt, den point of balanced entodermal tension (PBET) einzustellen. Als PBET wird ein therapeutisch induzierter Gleichgewichtszustand der entodermalen Spannung bezeichnet.

- Der entodermalen Spannung der Organwand in die Position bzw. in die Form folgen, in der die Spannung bestmöglich ausgeglichen ist (PBET).
- Um sozusagen die entodermale Spannung des Organs zu kopieren, wird die Krafteinwirkung der Hände ihr angepasst bzw. an sie angeglichen.
- Sobald die vorhandene Spannung exakt kopiert ist, kann man das Einstellen eines PBET wahrnehmen.
- Sich dabei auch von embryonalen Kraftvektoren leiten lassen, die allerdings nicht willentlich auslösbar sind, sondern höchstens durch sanfte Kompression unterstützt werden können, wenn sie erscheinen. Embryonale Kraftvektoren sind feinste Organbewegungen, die mit dem embryonalen Entwicklungsweg der Organe in Verbindung zu stehen scheinen (ein Modell, das weiterer wissenschaftlicher Untersuchung bedarf).



Abb. 2.12 Erreichen des PBET (point of balanced entodermal tension) am Beispiel des Zäkums

Neuronale Inhibition (► Abb. 2.13)

Ist der PBET erreicht, wird eine **neuronale Inhibition** durchgeführt, um Dysfunktionsmuster zwischen dem Organ und seiner neurovegetativen Innervation zu deconditionieren.

- Die linke Hand in verschiedenen Ebenen auf den Rücken des Patienten legen. Wenn es einen Bereich am Rücken gibt, in dem das betroffene Organ sich unter der Hand spürbar entspannt bzw. seine Bewegungseinschränkung sich verbessert (point of balanced neuronal tension, PBNT), die Hand dort liegen lassen; dies ist in der Regel auf Höhe eines sympathischen Innervationsgebiets (► Tab. 2.1).
- Mit der linken Hand am Rücken dann eine Inhibition in diesem Segment ausführen, indem konstanter Druck auf den (Segment-)Bereich ausgeübt wird, um die Reflexaktivität zu verringern.
- Zusätzlich ggf. eine entsprechende Inhibition in der zervikalen bzw. sakralen Region ausüben (d. h. in einem parasympathischen Innervationsgebiet).

Fasziale Organbeweglichkeit

Danach wird die fasziale Organbeweglichkeit getestet:

- Der Beweglichkeit des Organs während der Atmung folgen.
 - Beweglichkeit, Symmetrie, Leichtigkeit, Bewegungsumfang und Endgefühl beim maximalen Bewegungsausmaß sowie die Qualität der Organbewegung und Organverformung beurteilen. Zudem auf eventuell vorhandene Zugspannungen und arrhythmische Bewegungsmuster achten.
 - Aufmerksamkeit (1) auf die Reaktion des Organs während der Atmung und (2) auf die Gewebestrukturen richten, die eine Bewegungseinschränkung im betroffenen Organ hervorrufen.
- Je stärker sich ein Organ in Dysfunktion befindet, desto deutlicher werden externe Strukturen versuchen, diese zu kompensieren:
 - Gefäßwand und Gefäßinhalt können als zug- oder biegungsfeste Stützstrukturen z. B. bei Ptosen eine Haltefunktion übernehmen (fasziale Kontinuität

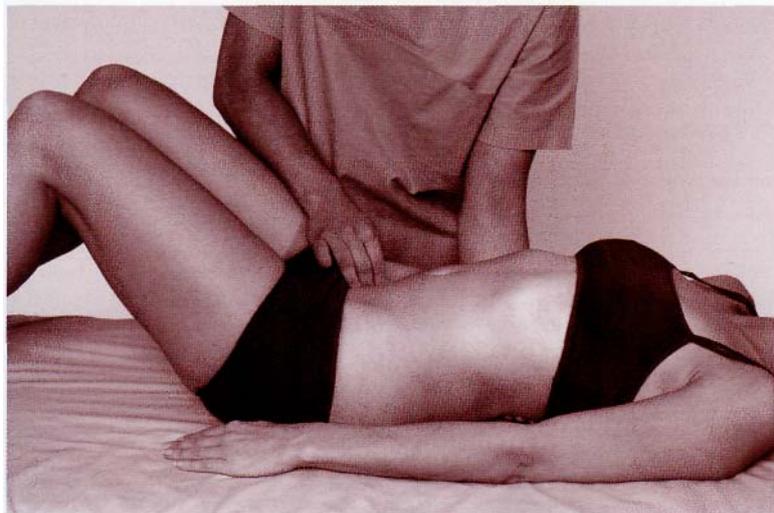


Abb. 2.13 Neuronale Inhibition am Beispiel des Zäkum

3 Speiseröhre

Torsten Liem

Therapeut auf den Fotos: Michel Puylaert

3.1 Embryologie	76	3.4.5 Palpation	85
3.2 Anatomie	76	3.4.6 Motilität	85
3.2.1 Funktion	76	3.4.7 Mobilität	85
3.2.2 Aufbau	76	3.4.8 Tests	85
3.2.3 Topografische Anatomie	77	3.5 Behandlung der Dysfunktionen	86
3.2.4 Gefäßversorgung, Lymphwege, Innervation	79	3.5.1 Erste Engstelle: Entspannung	86
3.3 Dysfunktionen	80	3.5.2 Zweite Engstelle: Druck-(Rotations-)Technik	87
3.3.1 Ursachen	80	3.5.3 Dritte Engstelle: Druck-(Rotations-)Technik	87
3.3.2 Kompensationsmechanismen	81	3.5.4 Allgemeine Mobilisation des Hiatus oesophageus	88
3.3.3 Folgen	82	3.5.5 Dehnung des Ösophagus	88
3.3.4 Differenzialdiagnosen	82	3.5.6 Mobilisation des gastroösophagealen Übergangs	89
3.4 Diagnostik der Dysfunktionen	82		
3.4.1 Symptome	82		
3.4.2 Inspektion	82		
3.4.3 Reflexzonen und Hinweiszeichen	83		
3.4.4 Perkussion	85		

Patient: in Rückenlage, Beine angestellt

Therapeut: stehend, auf der rechten Seite des Patienten

Handposition:

- Der Daumen der rechten Hand nimmt mit der Curvatura minor des Magens Kontakt auf, während die restlichen Finger die Curvatura major umgreifen.
- Die linke Hand liegt breitflächig unter dem Okziput.

Ausführung:

- Beide Hände auseinanderbewegen, wobei die linke Hand den Kopf in eine leichte Extension bringt.
- Phase 1: passive Dehnung
- Phase 2: Der Patient atmet ein und hält die Luft an.
- Phase 3: Der Patient versucht 2–3× zu schlucken.
- Die Technik wird beendet, wenn weich-elastischer Widerstand zu spüren ist.

3

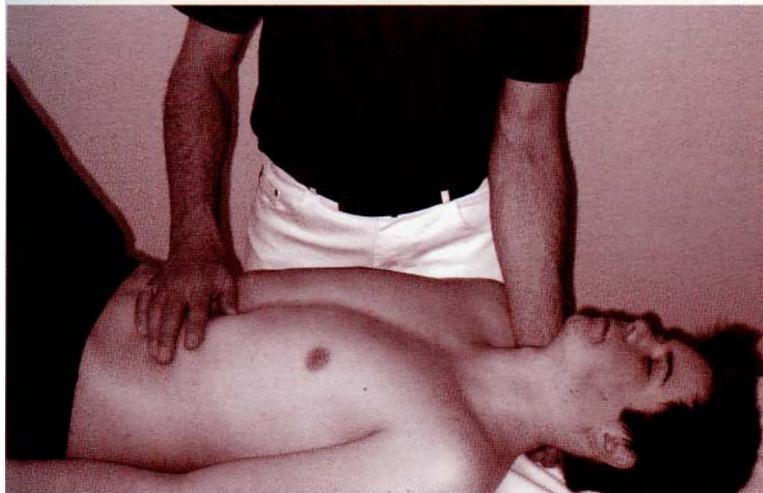


Abb. 3.8 Dehnung des Ösophagus

3.5.6 Mobilisation des gastroösophagealen Übergangs

Indikation: Verdauungsprobleme, Hiatushernie, Reflux

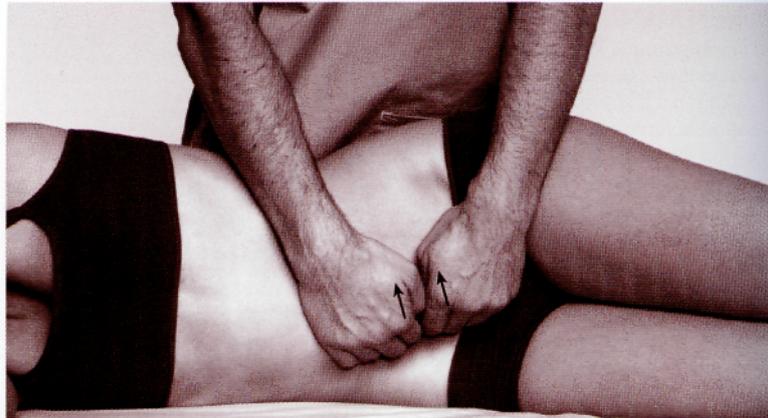
Patient: sitzend

Therapeut: stehend, hinter dem Patienten

Handposition: Die Finger beider Hände 2–3 Querfinger kaudal des Proc. xiphoideus und links leicht lateral der Linea alba auflegen.

Ausführung:

- Druck nach posterior ausüben, um den Magen zu fixieren.
- Dann den Patienten aufrichten.
- Mehrmals wiederholen, bis sich das Gewebe in der Region entspannt hat.



6

Abb. 6.24 Test der posterioren Anheftung des Zäkums

Test der inferioren Anheftung des Zäkums (► Abb. 6.25)

Patient: in Rückenlage, Beine angestellt

Therapeut: stehend, auf der linken Seite des Patienten, auf Thoraxhöhe

Handposition: Mit den Fingerspitzen beider Hände in der rechten Fossa iliaca interna den tiefsten Teil des Zäkums greifen.

Ausführung: Den inferioren Teil des Zäkums nach kranial ziehen.

Bewertung: Die Elastizität des Gewebes beurteilen.

- Normalbefund: elastischer Widerstand
- Starker Widerstand weist auf eine eingeschränkte Beweglichkeit hin.

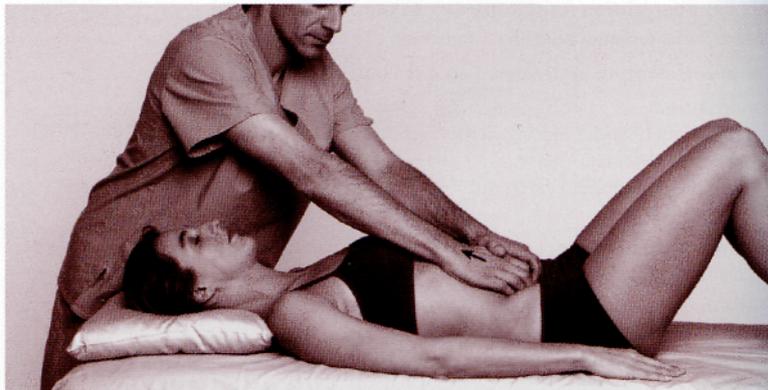


Abb. 6.25 Test der inferioren Anheftung des Zäkums

Test der Spannung des Colon ascendens (► Abb. 6.26)

Patient: in Rückenlage, Beine angestellt

Therapeut: stehend, auf der rechten Seite des Patienten

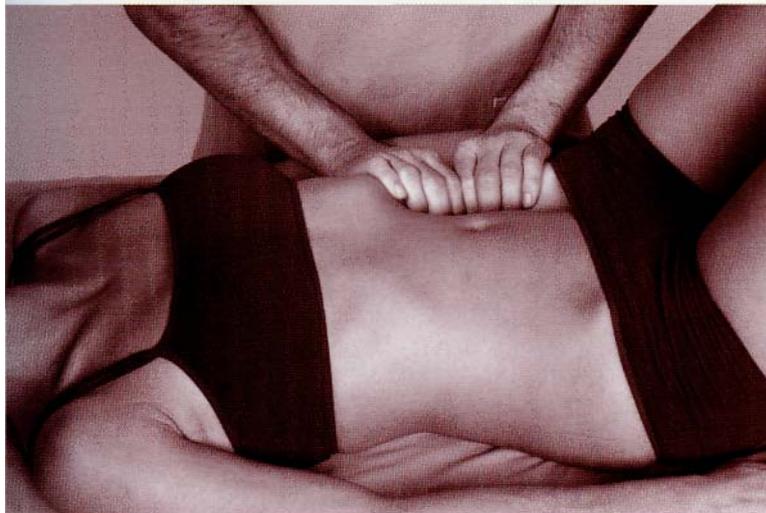
Handposition:

- Mit beiden Händen das Colon ascendens zwischen Flexura coli dextra und Zäkum greifen.
- Die Daumen befinden sich lateral, die restlichen Finger an der Innenseite des Colon ascendens.

Ausführung: Colon ascendens nach medial schieben und nach lateral ziehen.

Bewertung: Die Elastizität des Gewebes beurteilen.

- Normalbefund: Das Colon ist elastisch und kehrt schnell in die Ausgangslage zurück.
- Verspannung, Unbeweglichkeit oder Schmerzen können auf eine Passagestörung hinweisen.



6

Abb. 6.26 Test der Spannung des Colon ascendens

Test der Spannung der Flexura coli dextra (► Abb. 6.27)

Patient: sitzend, leicht nach vorne gebeugt, Beine hängend, Arme neben dem Körper

Therapeut: stehend, hinter dem Patienten

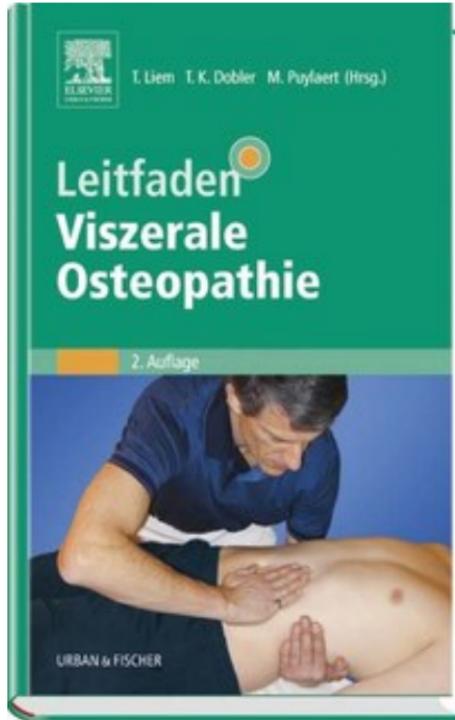
Handposition:

- Mit dem rechten Arm die rechte Achsel untergreifen, den linken Arm über die linke Schulter legen.
- Mit den Fingerspitzen beider Hände auf Höhe der X. Rippe anterolateral unter die Leber greifen und Kontakt mit der Flexura coli dextra aufnehmen.

Ausführung: Die Flexura coli dextra leicht nach medial und kranial ziehen.

Bewertung: Die Elastizität des Gewebes beurteilen.

- Normalbefund: elastischer Widerstand
- Verspannungen können auf eine Verengung der FCD, eine Verspannung des Colon ascendens oder des Colon transversum hinweisen.



Liem T. / Dobler T. / Puylaert M.

[Leitfaden Viszerale Osteopathie](#)

666 pages, hb
publication 2013



order

More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life www.narayana-verlag.com