

- ♦ Falls die Vitalität des Organs sehr schwach ist, die Motilität vor der Mobilität behandeln, z. B. nach schwerer Krankheit oder großen psychischen Belastungen.

### Drainagetechniken

Die Drainage hat **Einfluss auf die vaskulären und lymphatischen Strukturen** des Gewebes und wird u. a. bei Hypertension angewendet, da bei dieser Dysfunktion oft ein relativer Flüssigkeitsstau besteht.

### Arterientechniken

Bereits Still erwähnte die große Bedeutung der Arterien. Chauffour, Prat u. a. haben empirisch Manipulationen entwickelt, die verschiedene Arterien beeinflussen können und dadurch die Versorgung der viszerale Organe verbessern sollen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine umfassende **Stimulation vaskulärer, fasziärer und nervaler Strukturen**.

Es wird versucht, die Dehnfähigkeit der Arterien zu prüfen und bei Einschränkungen besteht die Behandlung aus Dehnen und Loslassen oder Recoil (bis zur Grenze der eingeschränkten Bewegung dehnen, einen kurzen Impuls weitergeben und schnell loslassen). Dabei dürfen die Arterien nicht komprimiert werden. Die Manipulation ist sanft.

### BEFNT-Integration (Balanced entodermal-fascial-neural tension)

Die BEFNT-Integration basiert auf der Hypothese, dass viszerale Dysfunktionen nicht selten als ein Dysfunktionskomplex oder Dysfunktionsmuster in Erscheinung treten, der sich aus der Wechselwirkung von entodermalen, viszerofasziären (fasziäre Organumhüllung und Verbindung) und neurovegetativen Strukturen zusammensetzt. Für eine vollständige viszerale Diagnostik und Behandlung sind diese viszerale Interaktionen zu berücksichtigen. Dies wird erreicht, indem ein integriertes Spannungsgleichgewicht des gesamten viszerale Dysfunktionsmusters eingestellt wird. Selbstverständlich wird nur das diagnostizierte Dysfunktionsmuster behandelt, d. h. ist keine entodermale Dysfunktion vorhanden, wird diese auch nicht behandelt.

Auch andere Strukturen können im Sinne osteopathischer Dysfunktionsketten in Wechselwirkung treten. Diese werden durch die allgemeine osteopathische Diagnostik festgestellt (☞ 2.3).

### Testung der entodermalen Spannung

Als erstes die entodermale Spannung testen:

- ♦ einen sanften Druck auf die entodermale Struktur ausüben
- ♦ die Resistenz der entodermalen Struktur auf diesen Druck und die Dichte der Struktur bewerten

- ♦ ist die Spannung vermindert → Spannungsverlust: das Organ verliert seine Autonomie und entwickelt sich in Richtung Ptose
- ♦ ist die Spannung erhöht und sind eine Zunahme von Rigidität und ein Elastizitätsverlust palpierbar → Spannungszunahme: hypothetischer Ansatz, aber wahrscheinlich wird dadurch die Funktion des Organs in irgendeiner Form beeinträchtigt; differentialdiagnostisch müssen pathologische Gewebeveränderungen ausgeschlossen werden, wie beispielsweise Morbus Crohn, Zöliakie etc.
- ♦ Hypothese: In der Regel reagiert das Organ im funktionellen Bereich zunächst mit einer Spannungszunahme. Hält die Situation an, aufgrund derer das Organ mit der Spannungszunahme reagiert, kommt es entweder zur zunehmenden Verhärtung oder zum Spannungsverlust.

### Erreichen des point of balanced entodermal tension (PBET)

Ist die entodermale Spannung erhöht oder vermindert, dann den point of balanced entodermal tension (PBET) einstellen. Der PBET bezeichnet einen therapeutisch induzierten Gleichgewichtszustand der entodermalen Spannung. Ausführung:

- ♦ der entodermalen Spannung der Organwand in die Position bzw. in die Form folgen, in der die Spannung bestmöglichst ausgeglichen ist (PBET)
- ♦ damit sozusagen die entodermale Spannung des Organs kopieren, indem die Krafteinwirkung der Hände ihr angeglichen bzw. ähnlich wird
- ♦ ist die vorhandene Spannungen exakt kopiert, wahrnehmen, dass sich ein PBET einstellt
- ♦ dabei auch von embryonalen Kraftvektoren leiten lassen, dies allerdings nicht willentlich hervorrufen (höchstens durch eine sanfte Kompression ihr Erschei-



PBET (Erreichen des point of balanced entodermal tension) am Beispiel des Zäkum



Neuronale Inhibition am Beispiel des Zäkum

nen unterstützen); embryonale Kraftvektoren sind feinste Organbewegungen, die scheinbar in Verbindung mit dem embryonalen Entwicklungsweg der Organe in Verbindung stehen (dies ist ein Modell, das weiterer wissenschaftlicher Untersuchung bedarf).

**Neuronale Inhibition**

Ist der PBET erreicht, eine **neuronale Inhibition** ausführen. Sie deconditioniert Dysfunktionsmuster zwischen Organ und seiner neurovegetativen Innervation. Ausführung:

- ◆ die linke Hand auf verschiedene Ebenen im Rücken des Patienten legen: gibt es einen Bereich des Rückens, in dem die Hand eine Entspannung im betroffenen Organ hervorruft bzw. seine Bewegungseinschränkung verbessert (point of balanced neuronal tension = PBNT), die Hand dort liegen lassen; in der Regel ist dies auf Höhe der Region der sympathischen Innervation (☞ Tab. 2.1)
- ◆ mit der linken Hand auf dem Rücken eine Inhibition in diesem Segment ausführen, indem ein konstanter Druck auf die Segmentregion ausgeübt wird, um die Reflexaktivität zu vermindern
- ◆ ggf. eine entsprechende Inhibition auch auf der zervikalen bzw. sakralen Region ausüben (im Bereich der parasympathischen Innervation).

**Testung der faszialen Organbeweglichkeit**

Als nächstes die fasziale Organbeweglichkeit testen:

- ◆ der Beweglichkeit des Organs während der Atmung folgen
- ◆ Beweglichkeit, Symmetrie, Leichtigkeit der Beweglichkeit, Bewegungsausmaß und Endgefühl des Bewegungsausmaßes sowie Qualität der Organbewegung und Organverformung beurteilen

- ◆ außerdem eventuell vorhandene Zugspannungen und arhythmische Bewegungsäußerungen beachten
- ◆ erstens die Aufmerksamkeit auf die Reaktion, die die Atmung im Organ hervorruft, richten
- ◆ zweitens die Gewebestrukturen wahrnehmen, die eine Bewegungseinschränkung im betroffenen Organ hervorgerufen
- ◆ je stärker sich ein Organ in Dysfunktion befindet, desto deutlicher werden externe Strukturen versuchen, diese Dysfunktion zu kompensieren: Gefäßwand und Gefäßinhalt können als zug- oder biegungsfeste Stützstrukturen, z. B. bei Ptosen, Haltefunktion übernehmen (fasziale Kontinuität über die Adventitia der Gefäßwand), die Atmung kann sich verstärken oder abflachen, Teile des muskuloskeletalen Systems können sich anspannen, um das Organ zu stützen oder zu schützen; das Organ kann auch bei der Kompensation anderer Organ-dysfunktionen mitwirken
- ◆ die Beweglichkeit des Organs kann zusätzlich bei tiefer Ein- und Ausatmung getestet werden
- ◆ zusätzlich kann aktiv die Beweglichkeit des Organs getestet werden: wahrnehmen, in welche Richtung sich das Organ gut bewegt bzw. wo sich Bewegungseinschränkungen befinden; dies kann in Einklang mit den Phasen der Atmung (oder anderer inhärenter Geweberhythmitäten) oder unabhängig davon getestet werden
- ◆ es ist außerdem möglich, die fasziale Testung mit Hilfe einer leichten Kompression des Organs zu unterstützen; nach Barral wird dadurch deutlicher die Viskoelastizität des Organs getestet.

Tab. 2.1: Neurovegetative Innervation der Organe

Organ	Sympathische Innervation	Parasympathische Innervation
Magen, Leber, Milz, Pankreas	Th6 – Th9	kranial, N. vagus
Duodenum, Dünndarm	Th9 – Th11	kranial, N. vagus
Niere	Th10 – Th12	kranial, N. vagus
Colon ascendens, Colon transversum bis Cannon-Böhm-Punkt	Th10 – Th11	kranial, N. vagus
Colon transversum ab Cannon-Böhm-Punkt, Colon descendens, Colon sigmoideum, Rektum	Th12 – L2	S2–S4, N. splanchnicus
Harnblase	L1 – L3	S2–S4, N. splanchnicus
Uterus	Th10 – L3	S2–S4, N. splanchnicus
Herz	Th1 – Th4, Halsganglien	kranial, N. vagus
Lunge	Th1 – Th5, Ganglion cervicale inferius	kranial, N. vagus