



Test und Behandlung der Motilität n. Barral



Ausgangsstellung

Patient in Rückenlage, Beine ausgestreckt.
Therapeut steht auf der rechten Seite des Patienten.

Vorgehen

Die kraniale Hand wird links der Medianlinie auf den Bereich der horizontalen Dünndarmschlingen ohne Druck aufgelegt, die Fingerspitzen zeigen nach links-lateral. Die kaudale Hand wird rechts neben der Medianlinie auf den Bereich der vertikalen Schlingen ebenfalls ohne Druck aufgesetzt, die Fingerspitzen zeigen nach kranial.

Testablauf

Der Therapeut erspürt die Motilitätsbewegung: In der Expirationsphase vollzieht des gesamte Dünndarmkonvolut eine Drehung im Uhrzeigersinn, in der Inspirationsphase wieder in umgekehrter Richtung zurück. Man beurteilt die Amplitude und Richtung der Inspirations- und Expirationsbewegung sowie den Rhythmus der Gesamtbewegung. Liegt eine Störung in einem oder beiden Aspekten der Motilitätsbewegung vor, wird behandelt.

Behandlung

Die Motilität wird indirekt behandelt, indem man der nichteingeschränkten Bewegung folgt, am Endpunkt dieser Bewegung mehrere Zyklen verweilt und schließlich der eingeschränkten Bewegung zum neuen Endpunkt nachgeht.

Man kann auch versuchen, die freie Bewegung in ihrem Ausmaß zu erweitern (Induktion) und kontrolliert anschließend, ob sich die eingeschränkte Bewegungsrichtung verbessert hat.

Die Behandlung wird so lange wiederholt, bis die Motilität in Rhythmus, Richtung und Amplitude ihr normales Maß erreicht hat.

Fasziale Behandlung n. Finet u. Williame



Ausgangsstellung

Patient in Rückenlage, Beine gestreckt.
Therapeut steht rechts neben dem Patienten.

Vorgehen

Der Therapeut legt beide Hände auf das Abdomen, eine Hand rechts und die andere Hand links der Medianlinie. Die Fingerspitzen zeigen nach kranial. Mit beiden Händen gibt der Therapeut soviel Druck nach posterior, bis er die Faszienebene erreicht.

Behandlung

In der Einatmungsphase ziehen beide Hände gleichzeitig nach kaudal und rotieren mit den Fingerspitzen auseinander (die rechte Hand im Uhrzeigersinn, die linke gegen den Uhrzeigersinn). In der Ausatmung wird die erreichte Position gehalten. Dieses Manöver wird wiederholt, bis das fasziale Bewegungsende erreicht ist. Der Zug wird dann in der nächsten Expiration gelöst.

Das ganze Manöver wird 4- bis 5-mal wiederholt.



8.4 Zirkulatorische Techniken n. Kuchera

Arterielle Stimulation

- Stimulation der A. mesenterica superior durch Arbeit an der Wirbelsäule
- Diaphragmatechniken

Venöse Stimulation

- Leberpumpe
- Dehnung des Lig. hepatoduodenale
- Diaphragmatechniken

Lymphatische Stimulation

- Lymphdrainage an Thorax und Abdomen
- Diaphragmatechniken

Vegetativer Ausgleich

Sympathikus

Stimulation des Grenzstrangs Th10–12 durch

- Rib raising
- Inhibition der Paravertebralmuskulatur
- Vibrationen
- Manipulationen
- Maitland
- Stimulation des Ganglion mesentericum superior
- Diaphragmatechniken

Parasympathikus

Stimulation des N. vagus

- Kraniosakraltherapie
- Kehlkopftechniken
- Thoraxtechniken (Recoil)
- Diaphragmatechniken

8.5 Reflexpunktbehandlung n. Chapman

Lage

Anterior. Interkostalräume zwischen den Rippen 8/9, 9/10 und 10/11 nahe den Rippenknorpeln (beidseits).

Posterior. Zwischen den beiden Processi transversi des 8./9., 9./10. und 10./11. BWK auf halbem Weg zwischen Processus spinosus und der Spitze des Processus transversus (beidseits).

Prinzip der Behandlung

Der Therapeut nimmt Kontakt mit dem Reflexpunkt auf. Er legt dazu einen Finger sehr sanft auf den Punkt und übt nur einen leichten Druck aus. Die Reflexpunkte sind oft sehr empfindlich, behutsames Vorgehen ist daher wichtig.

Der Finger bleibt auf dem Punkt und behandelt durch sanfte Rotationen.

Zuerst werden die anterioren Punkte behandelt, danach die posterioren. Es wird so lange behandelt, bis sich die Empfindlichkeit oder die Konsistenz des Punktes normalisiert hat.

Zum Abschluss werden die ventralen Punkte noch einmal kontrolliert. Sollten sie keine Veränderung zeigen, kann es sein, dass die Organpathologie zu ausgeprägt ist, um sie kurzfristig reflektorisch beeinflussen zu können, oder es liegen andere Dysfunktionen vor, die primär behandelt werden müssen.

Empfehlungen für den Patienten

- Wenig industriell verarbeitete Kohlenhydrate zu sich nehmen.
- Faserreiche Nahrung bevorzugen.
- Proteinreiche Nahrung (Fleisch, Käse) abends möglichst vermeiden.

Eigenbehandlung einer Ptose

- Kopftieflage in Rückenlage und Eigenmobilisation des Darmkonvoluts nach kranial.