

# Zur gezielten Anwendung der SANUM-Arzneimittel

Mit Hilfe der „Neuralkinesiologie“

von Dr. med. Dietrich Klinghardt und Louisa Williams, M.S., D.C., N.D.

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 30/1995, Seite 2 - 8

Seit Bestehen des Originalwerkes von Günther Enderlein (1872-1968) wurde die Dunkelfeldmikroskopie angewendet, um das indizierte SANUM-Medikament für den untersuchten Kranken zu finden. Die Autoren beschreiben hier eine alternative Methode, die „Neuralkinesiologie“, mit der treffend die Indikation ermittelt wird.

Neuralkinesiologie ist eine von den Autoren entwickelte Testmethode, die es erlaubt, den Funktionszustand und Funktionsstörungen des autonomen Nervensystems diagnostisch zu erfassen. Mit dieser Methode ist es erstmals möglich, die heute häufigsten Funktionsstörungen des Autonomen Nervensystems (ANS) zu erkennen und deren Behandlung zu steuern: Schwermetallvergiftung und chemische Toxizität, „neuraltherapeutische“ Störfelder und die zugehörigen - oft toxisch belasteten - Ganglien, Lebensmittel- und Umweltallergien und psychoemotioneller Streß. Neuralkinesiologie enthält Elemente der „Angewandten Kinesiologie“ von George Goodheart, der „Klinischen Kinesiologie“ von Allan Beardal und die eigenen Forschungsergebnisse der Autoren.

Der Grundbaustein der Neuralkinesiologie ist der Muskeltest: Ein vorher starker Testmuskel eines Patienten wird schwach, wenn der Untersucher seine Hand auf das Hautareal über einem erkrankten Organ auflegt. Die neurologischen Grundlagen hierfür werden im nachfolgenden Text diskutiert. Neuralkinesiologie ist, wie jede andere manuelle neurologische

Untersuchungsmethode, sowohl eine Kunst als auch eine Wissenschaft, die Studieren, Übung und Erfahrung erfordert. Dieser Beitrag beschreibt die wichtigsten Konzepte, die im Neuralkinesiologiegrundkurs gelehrt werden:

## A. Der Muskeltest (Bild 1)

1. Der Patient liegt entspannt auf dem Rücken, der rechte Arm ist senkrecht nach oben gestreckt. Armbanduhr und Schmuck sind entfernt.
2. Sagen Sie dem Patienten, daß Sie versuchen werden, seinen Arm fußwärts nach unten zu drücken und daß er Widerstand leisten soll.
3. Drücken Sie mit graduell ansteigendem Testdruck so, daß nach etwa 2 Sekunden der Maximaldruck erreicht wird. Nicht länger als 3 Sekunden drücken. Es kommt darauf an, gerade so fest zu drücken, daß Sie das „Sperren“ des Armes der Testperson feststellen können, ohne den Testmuskel zu ermüden.
4. Jetzt werden in systematischer Weise mit der freien Hand des Untersuchers die zu untersuchenden Körperareale (z.B. Narben, Zähne) berührt („Testberührung“). Wird der vorher starke Arm schwach, liegt eine sogenannte „Therapielokalisation“ vor - ein Hinweis auf eine Funktionsstörung des autonomen Nervensystems.

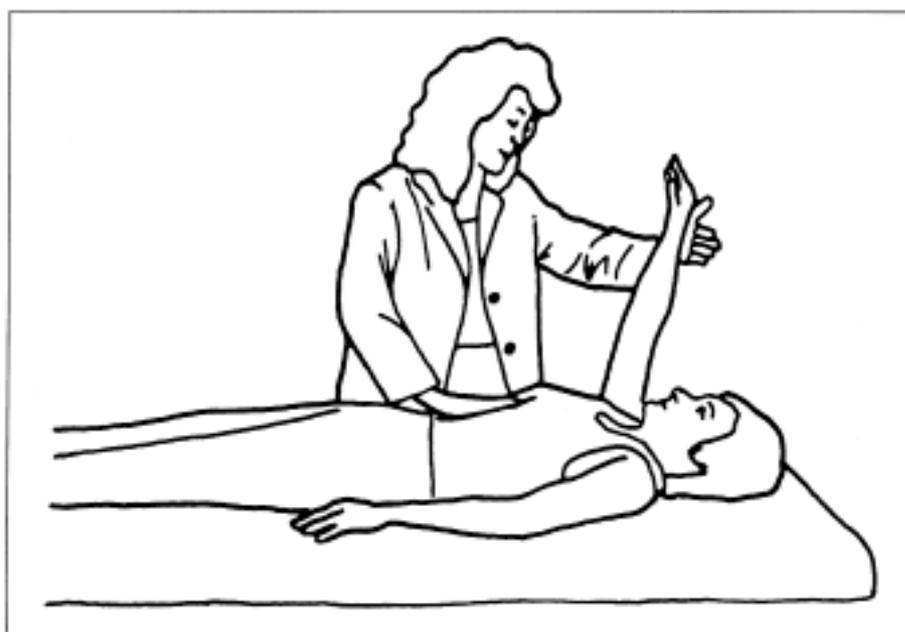


Bild 1: Die rechte Hand des Arztes untersucht den Patienten, während die linke Hand gleichzeitig die Kraft des Indikatormuskels überprüft.



## B. Neurologische Mechanismen zur Therapielokalisation

Die normale „elektrodermale Aktivität“ der Haut wird immer als negative Polarität gemessen [1]. Die Haut der Handflächen und Fußsohlen ist sogar um 10 bis 25 Millivolt negativer. Die Haut über einem erkrankten Organ oder einer Verletzung zeigt jedoch eine positive Ladung. Diese Theorie des „Verletzungsstroms“ wurde zuerst von Luigi Galvani 1794 - vor 200 Jahren also - beschrieben und später von Robert Becker in den frühen 60er Jahren bestätigt [2] (Bild 2).

Wenn also der Untersucher seine relativ negativ aufgeladene Handfläche über die positiv geladene Hautoberfläche hält - an der Stelle einer Funktionsstörung des Patienten - entsteht ein Kondensator. Ein Kondensator ist ein Begriff aus der Physik, der die Fähigkeit von zwei parallelen Platten beschreibt, elektrische Ladungen zu speichern. Sobald sich die Platten (Handfläche/Haut) berühren, fließt für kurze Zeit ein Strom (Bild 3).

Dieser erhöhte Elektronenfluß stimuliert die unmyelinisierten autonomen und sensorischen Nervenfasern in der entsprechenden Gegend. Aufgrund jüngerer Forschungsarbeiten, einschließlich unserer eigenen, nehmen wir heute an, daß bis zu 80% aller autonomen Nervenfasern sensorisch sind und nicht motorisch. Dieser „Sturm“ von sensorischen Aktionspotentialen erregt Kernareale des Hinterhorns des Rückenmarks. Von hier bestehen Faserverbindungen zu den motorischen Sympathikusarealen des Seitenhorns und den Alpha- und Gamma-Motorneuronen des Vorderhorns. Die motorischen Sympathikusfasern und die Gamma-Motorneuronen innervieren die intrafusalen Muskelspindelfasern. Die Alpha-Motorneuronen innervieren die extrafusalen Fasern, die direkt verbunden sind mit den Golgi-Tendon-Organen (GTOs).

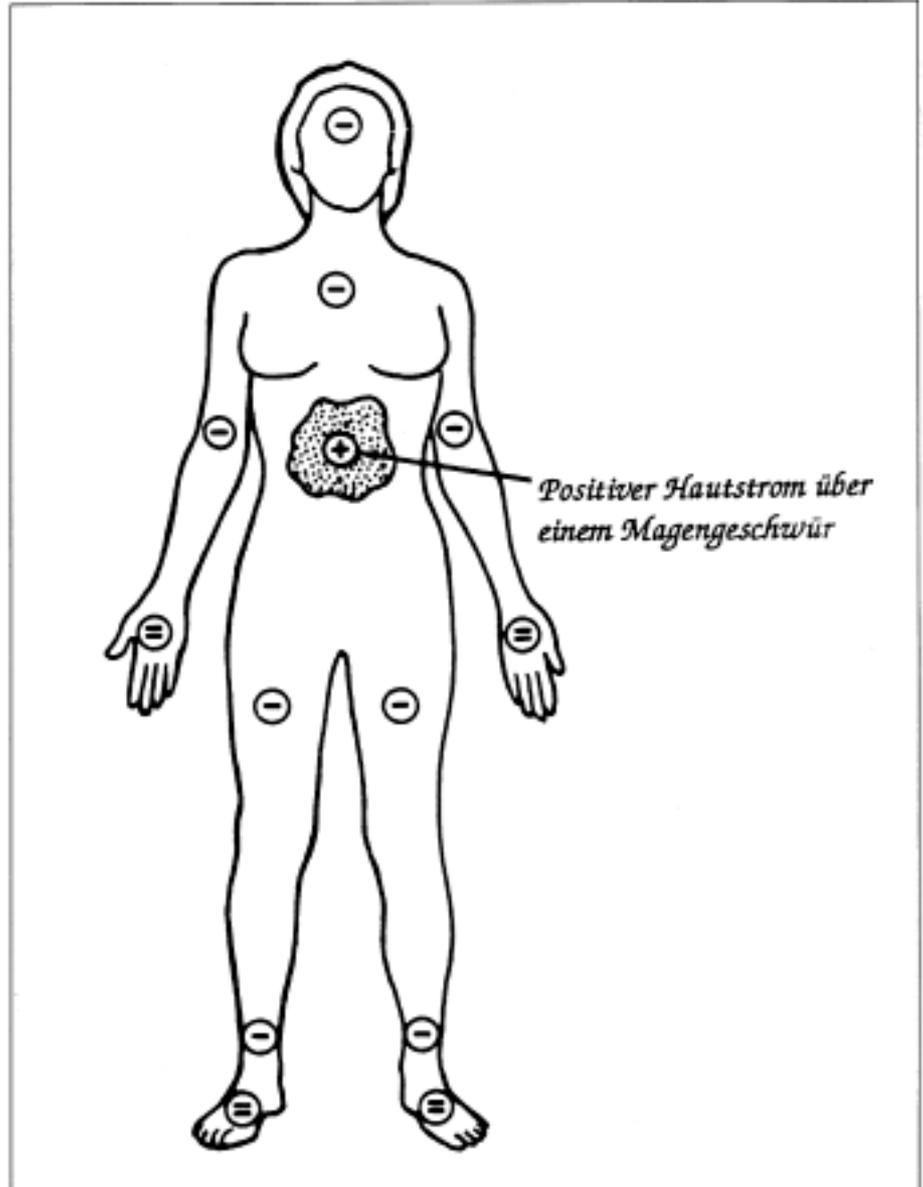


Bild 2: Normalerweise haben wir eine negative elektrodermale Hautaktivität mit um 10–25 Millivolt negativeren Handflächen und Fußsohlen. In einem Areal von Schmerz, Funktionsstörung, Krankheit oder Fraktur erscheint eine positive Hautladung.

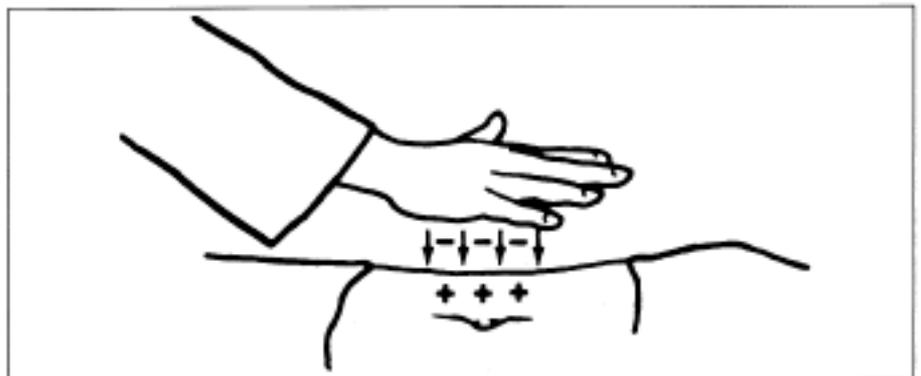


Bild 3: Die negativ geladene Handfläche des Arztes verursacht einen erhöhten Elektronenfluß und dadurch Aktionspotentialen in den unmyelinisierten autonomen und sensorischen Hautnerven.



Es sind diese Strukturen, die verantwortlich sind für den Muskeltonus des entsprechenden Muskels. Veränderungen im „elektrischen Zustand“ dieser Rezeptoren bestimmen, ob ein Testmuskel stark oder schwach ist. Jüngste Forschungen zeigen, daß die sympathische Innervation der Muskelspindeln - unabhängig von der Aktivität der Alpha- und Gamma-Motorneuronen - allein verantwortlich sein kann für eine Erhöhung oder Erniedrigung des Muskeltonus. Der biomechanische Zweck der GTOs ist, den Muskel vor dem Zerreißen zu schützen, wenn z.B. ein zu schwerer Koffer fallengelassen wird und der Muskel nicht bleibend geschädigt ist. Durch den Einfluß der sympathischen Nerven auf die intrafusalen Fasern und GTOs kann eine positive Therapielokalisation auf den oben beschriebenen neurologischen Wegen zum „Abschalten“ eines vorher starken Testmuskels führen.

Die hier beschriebenen neurologischen Grundlagen des Muskeltests - unter Berücksichtigung des autonomen Nervensystems - sind bisher in der Literatur noch nicht veröffentlicht worden. Zusätzlich zur Hemmwirkung am „lokalen“ Muskel haben GTOs eine hemmende Fernwirkung: spinale Interneurone (Renshaw-Zellen) senden Kollaterale zu motorischen Neuronen, die über internunciale Fasern über mehrere Rückenmarkssegmente kommunizieren und dort Muskelschwäche auslösen. Dies erklärt, warum z.B. eine Therapielokalisation über der Niere eine Beinmuskelschwäche erzeugen kann (M. Psoas Major) (Bild 4).

Die Impulse, die das Rückenmark erreichen, kommunizieren innerhalb von Millisekunden auch mit höheren Zentren, insbesondere mit dem Reticulären Aktivierenden System (RAS) und dem Cortex. Von hier aus können über descendierende hemmen-

de Nervenbahnen zu den motorischen Vorder- und Seitenhornzellen wieder Impulse den Testmuskel erreichen, die zu einer Schwächung des vorher starken Muskels führen. Das Testen der oben beschriebenen Reflexbahn verlangt einen relativ starken Testdruck des Untersuchers, anders als der Test, der in anderen Schulen der Kinesiologie gelehrt wird. Bei zu leichtem Testdruck werden funktionsgestörte Gebiete übersehen und die Erwartungshaltung des Arztes oder des Patienten kann das Testergebnis verfälschen.

### C. Therapielokalisation der Störungen im Sympathikusbereich

Chronische Erkrankungen (Beispiel: LWS-Syndrom, chronische Hepatitis) haben meist eine gemeinsame wesentliche Komponente, die latente chronische Ischemie. Diese ist verursacht durch die Sympathikusinner-

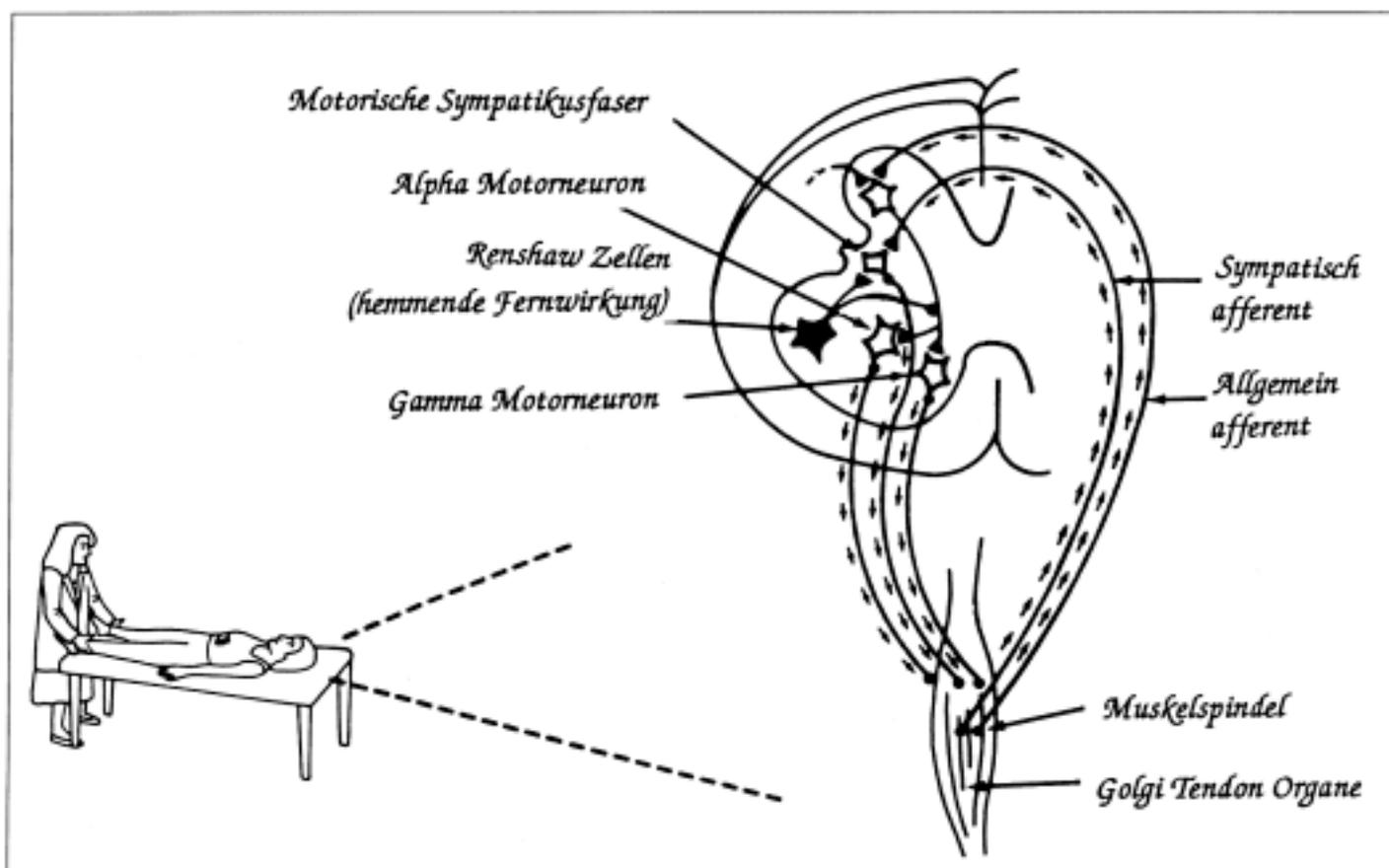


Bild 4: Die Golgi-Tendon-Organen und spinale internunciale Hemmung der motorischen Neuronen verursachen eine positive Therapielokalisation.



vation der Arteriolen im Krankheitsgebiet (z.B. erniedrigte Blutzufuhr zu den kleinen Wirbelgelenken und den äußeren Fasern des Bandscheibens bei LWS-Syndrom). Die Ursache hierfür liegt in einer krankheitsbedingten Fehlsteuerung der autonomen Ganglien, die sich meist durch Injektion oder andere Applikation der SANUM-Präparate bleibend korrigieren läßt.

Die untersuchende Hand sollte einen erhöhten Gewebedruck im Krankheitsgebiet erzeugen, um dort kurzzeitig die Ischemie zu vergrößern. Wenn die übergeordneten Ganglien funktionstüchtig sind, kommt es zu einer raschen lokalen Gegenreaktion (Verringerung des Sympathikustonus) ohne Beteiligung der höheren Reflexbahnen. Ist die lokale Regulation erstarrt durch Erkrankung des Ganglions, wird das Ischemiesignal über oben beschriebene Reflexbahnen zu höheren Zentren gesendet, die jetzt eine Gegenregulation über intakte Kollateralbahnen auslösen. Dies führt zu einer Muskeltonusverminderung über mehrere Segmente oder im ganzen Körper. Um genügend afferente Ischemiesignale zu erzeugen, empfehlen wir einen mäßigen bis starken Druck bei der Therapielokalisation. Ein Krankheitsgebiet oder krankes Ganglion meldet sich dadurch, daß der vorher starke Testmuskel jetzt schwach wird (Bild 5).

Die Arbeit des amerikanischen Physiologen Irvin Korr bestätigt unsere klinischen Beobachtungen [6]. Er hat die sympathische Schweißdrüsenreaktion („Sudomotor skin activity“) gemessen, die sich durch Verminderung des Hautwiderstands zeigt. Dies ist auch die Basis der EAV-Messungen. Korr fand immer wieder einen Zusammenhang zwischen sympathischer Hyperaktivität, niederem Hautwiderstand und visceraler Pathologie.

„Bei den meisten Personen findet man selbst unter kalten Ruhebedingungen feuchte Hautareale, verbun-

den mit ständiger leichter Schweißdrüsenaktivität, was sich in einer Erniedrigung des Hautwiderstandes zeigt. Dies ist ein Indikator für einen hohen Vasomotorentonus, der zu einer chronischen Vasokonstriktion führt.“

Die neuralkinesiologische Form der Therapielokalisation ist also ein Test für die Funktionstüchtigkeit des Sympathikus. Eine positive Therapielokalisation eines bestimmten Körperareals bedeutet: überlastetes oder krankes Ganglion und verbundene autonome Nervenbahnen, Ischemie und chaotische afferente autonome und sensorische Nervensignale.

### Die blockierte Regulation

Dieser Ausdruck, geprägt 1949 durch Pischinger und Lutz, ist unter europäischen Neuraltherapeuten gut bekannt. Er impliziert eine Erstarrung des Mesenchyms, die verursacht ist durch Medikamente, chirurgische Eingriffe, Chemotherapie und Strahlentherapie [7]. Die Autoren stimmen hiermit vollkommen überein, haben aber die Liste der verursachenden Faktoren erweitert: Chronischer emo-

tioneller Streß, Lebensmittel- und Umweltallergien, toxische Ganglien und - meist verbreitet - die Silberamalgamfüllungen. Diese Belastungen betreffen hauptsächlich das autonome Nervensystem, dessen Fasern im Mesenchym des Extrazellularraumes enden oder beginnen. Es sind wirklich diese Fasern und deren assoziierte Ganglien, deren Regulation „erstarrt“.

Die Autoren haben einen Test entwickelt, der ein ausgezeichneter Indikator ist für eine blockierte Regulation (Bild 6).

### D. „Two-Pointing“ für die Medikamententestung

„Two-Pointing“ (TP) ist eine klassische Kinesiologietechnik, die auf folgendem Phänomen beruht: Die Stärke eines Indikatormuskels verändert sich, wenn ein zu diesem Zeitpunkt benötigtes Produkt (Vitamin, homöopathisches Mittel, SANUM-Präparat etc.) auf den Patienten gelegt wird oder, korrekter gesagt, in das Energiefeld des Patienten eingebracht wird. In der Neuralkinesiologie verwenden wir dieses Prinzip, um fest-

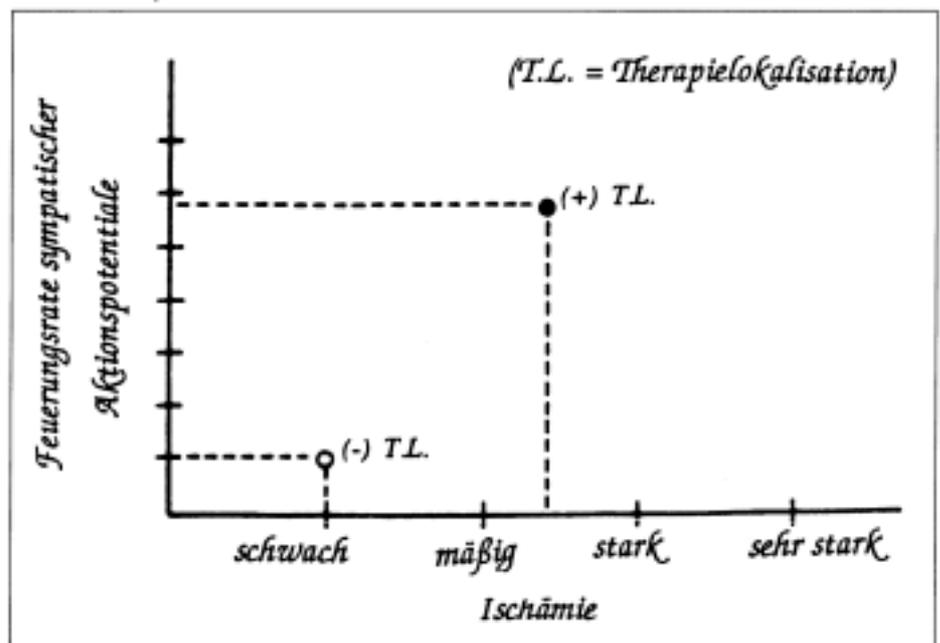
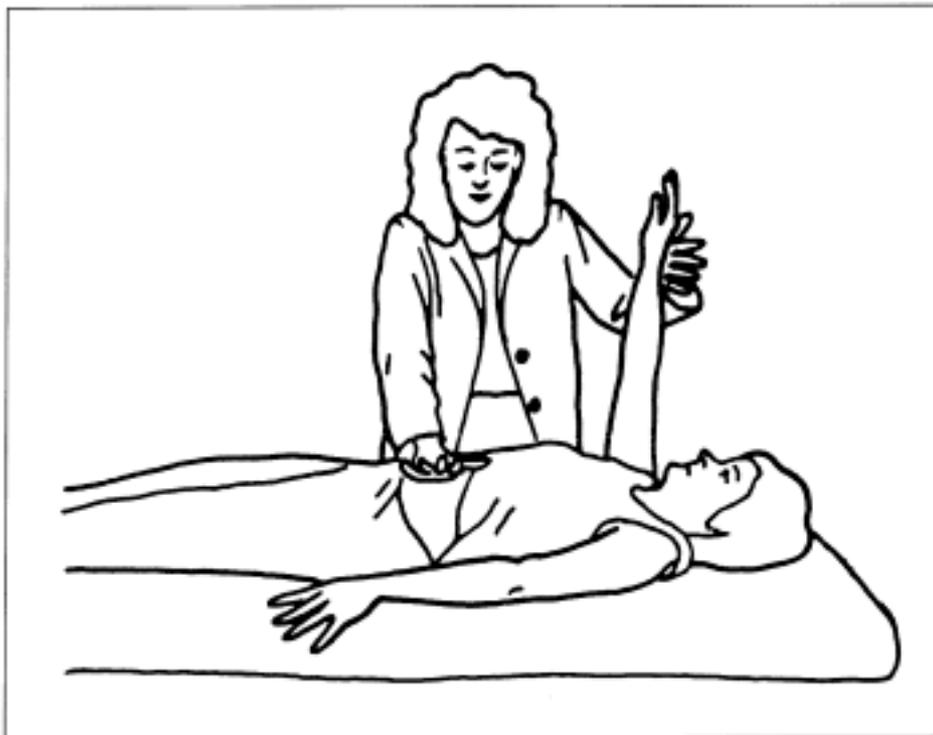


Bild 5: Einfluß des Zusammendrückens des Krankheitsgebietes, um die afferenten Ischemiesignale zu verstärken und den Körper zur Gegenregulation anzuregen. Zu geringer Druck – Testmuskel wird nicht schwach (trotz Funktionsstörung im untersuchten Gebiet).



*Bild 6: Der Arzt hält die Handmitte der untersuchenden Hand mit überstreckten Fingern über den Bauchnabel des Patienten. Wird der Indikatormuskel schwach, ist der Patient nicht blockiert. Wird der Indikatormuskel nicht schwach, ist die Regulation blockiert. Der erste Behandlungsschritt sollte daher das Entblockieren des Patienten sein. Hier haben die SANUM-Medikamente eine Schlüsselstellung.*

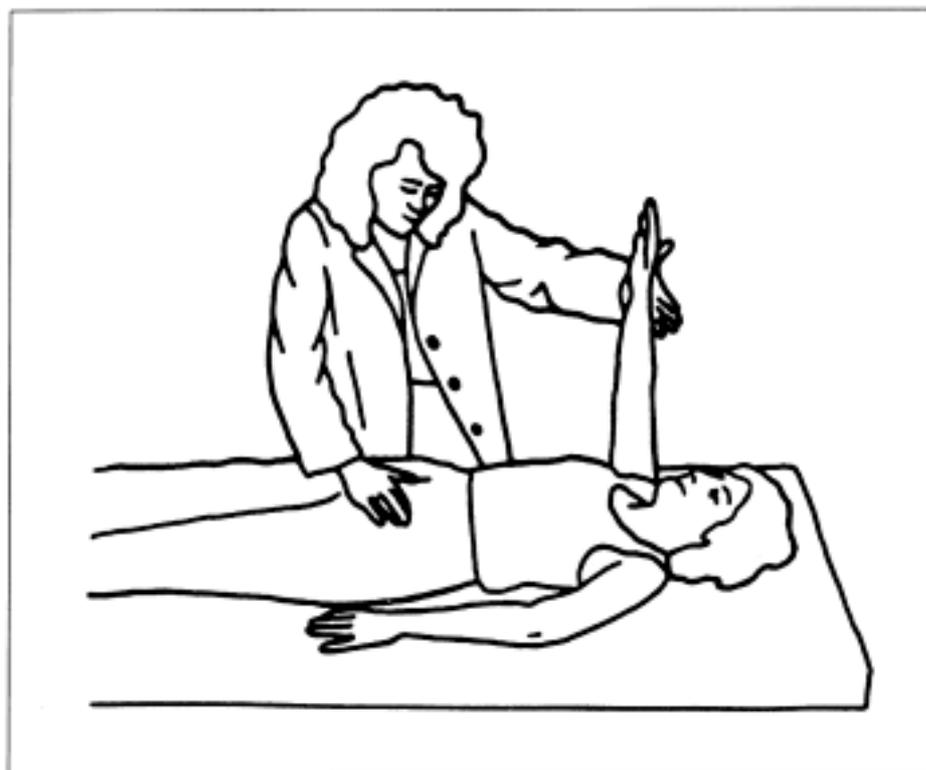
zustellen, welches SANUM-Präparat geeignet ist, um ein krankes Ganglion oder Störfeld zu behandeln.

#### *Fallbeispiel 1:*

Ein weiblicher Patient mit Dysmenorrhoe hat einen starken Indikatormuskel, der schwach wird, wenn der Arzt ihren Unterleib (= Frankenhäuser Ganglia) „therapielokalisiert“ (Bild 7).

Der Untersuchende terapielokalisiert die Frankenhäuser Ganglia (beim Mann: Plexus prostaticus), indem die gespreizte untersuchende Hand „transabdominal“ moderaten Druck ausübt in der parazervikalen Gegend (Prostatagegend). Die andere Hand testet gleichzeitig den Indikatormuskel auf eine eventuelle Schwächung.

Wenn der Untersuchende jetzt eine Ampulle LATENSIN mittel auf den Bauch des Patienten legt, wird der vorher schwache Indikatormuskel wieder stark (positives Two-Pointing).



*Bild 7: Der Arzt terapielokalisiert die Mandeln, indem Daumen und Mittelfinger der untersuchenden Hand unter dem Unterkiefer in der Mandelgegend aufgelegt werden und drücken.*

Das bedeutet, daß es für diesen Patienten angebracht ist, LATENSIN mittel (zusammen mit Lokalanästhetikum) an die Frankenhäuser Ganglia anzuspritzen.

Andere SANUM-Medikamente, die für diese Injektion oft „gut“ testen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, sind NIGERSAN und UTILIN „S“. Diese drei Mittel sind bekannt für ihre Anwendung bei paratuberkulösen Erkrankungen, die oft einer subklinischen Eierstockentzündung, Eileiterentzündung oder Prostatitis zugrunde liegen. Sie haben eine besonders starke Beziehung zur Beckenregion. Außerdem sind die rektalen Zäpfchen dieser Präparate auch eine besonders geeignete Anwendungsmethode für funktionsgestörte und toxische Ganglien und Störfelder im Beckenbereich.

#### *Fallbeispiel 2:*

Ein erwachsener Patient hat folgende Beschwerden: Chronische Müdigkeit seit seinen frühen 20er Jahren, 3-4 Erkältungen pro Jahr. Eine sorg-



Bild 8: Der Arzt therapielokalisiert die Tonsillengegend.

fältige Anamnese zeigt, daß er mit 19 Jahren wegen einer Lungenentzündung im Krankenhaus war. Der Arzt findet bei der ersten Untersuchung eine positive Therapielokalisation sowohl über der Tonsillengegend (Bild 8) als auch über den Lungenfeldern. Eine Untersuchung des Rachens zeigt sichtbar große Mandelnarben. Der Arzt findet ein positives Two-Pointing zwischen Mandeln und Lunge (TL über Mandeln: Indikator-muskel wird schwach, TL über Lungen: Indikator-muskel wird schwach. TL gleichzeitig über Lungen und Mandeln: Indikator-muskel wird wieder stark). Dies bedeutet, daß die Tonsillen ein die Lungen beeinträchtigendes Störfeld sind (Bild 8).

Wenn der Arzt jetzt vor dem Therapielokalieren der Mandeln eine Ampulle NOTAKEHL D5 auf den Bauch des Patienten legt, wird der Indikator-muskel, der vorher beim Lokalisieren der Mandeln schwach wurde, stark (positive Therapielokalisation). Dies bedeutet, daß NOTAKEHL D5 zusammen mit einem geeigneten Lokalanaesthetikum in die Mandelnarbe gespritzt werden sollte. Wird die Lun-

ge jetzt wieder getestet, findet sich keine positive Therapielokalisation mehr. Andere oft testende Medikamente für das Mandelstörfeld sind auch FORTAKEHL, UTILIN und MU-

CEDOKEHL. Diese Produkte eignen sich auch zur Eigenanwendung zu Hause nach der Injektion in Form von Tabletten, Tropfen, Kapseln und Zäpfchen.

Schwache, neurasthenische Patienten mit fehlerhafter sympathischer Regulation sind schwer zu „muskeltesten“. 3 Tropfen UTILIN percutan, zweimal pro Tag in die Ellenbeuge, hilft diesen Patienten enorm und sie werden gut testbar.

#### Fallbeispiel 3:

Ein Patient mit chronischer Angina Pectoris hat eine positive Therapielokalisation in der Weisheitszahnextraktionsgegend im linken Unterkiefer (Bild 9).

Two-pointing ist positiv mit ARTHROKEHLAN „A“. Dies bedeutet wieder, daß ARTHROKEHLAN „A“ zusammen mit einem Lokalanaesthetikum an die entsprechende Stelle am Periost des Patienten gespritzt werden sollte.



Bild 9: Der Arzt therapielokalisiert die Weisheitszahngegend (mit behandschuhtem Zeigefinger).



Die Autoren haben beobachtet, daß ARTHROKEHLAN „A“ ein wertvolles Heilmittel ist für alle Zahnstößler und - wie bereits bekannt - für streptokokkenbedingte Störfelder: Herz (rheumatisches Fieber, Endokarditis), Niere (Glomerulonephritis), Gelenke (rheumatische Erkrankungen einschließlich Osteoarthritis), Gehirn („Chlorea Minor“, Hyperaktivität von Kindern, Attention Deficit Disorder, psychisch-emotionelle Störungen, Krampfanfälle). ARTHROKEHLAN „A“ hat sich bewährt als notwendiger Zusatz zu dem klassischen Kieferknochenmittel PEFRAKEHL. Wir verwenden beide Mittel in Kombination bei vielen Injektionen im Kiefer-Kopf-Bereich. Wenn eine eindeutig akute Infektion vorliegt mit Erythem, Schmerz und Schwellung, testet oft NOTAKEHL, das dann entweder einzeln oder in Kombination mit den beiden anderen Mitteln gegeben wird.

### **Zusammenfassung**

Neuralkinesiologie ist eine von den Autoren entwickelte gerätefreie Test-

methode, die relativ leicht zu erlernen ist. Sie erlaubt es, die zu dem Krankheitsbild des Patienten passenden und bestvertragenen Medikamente rasch aufzufinden, ein krankheitssteuerndes Herdgeschehen zu diagnostizieren und zu behandeln und die Therapie ohne großen Aufwand ständig dem sich verändernden Zustand des Patienten anzupassen. Aufgrund unserer eigenen Untersuchungen wissen wir, daß die neuralkinesiologischen Testergebnisse und die resultierenden therapeutischen Maßnahmen kongruent sind mit den Ergebnissen der Dunkelfeldmikroskopie. Dabei möchten wir hier klar feststellen, daß die Dunkelfeldmikroskopie immer ihren festen Platz behalten wird zur objektiven Verlaufskontrolle und in der Forschungsarbeit.

Die vorstehend dargestellten Prinzipien, die rigoros eingehalten werden müssen, um die Neuralkinesiologie zu einem validen Test zu machen und in der sich die Neuralkinesiologie von anderen kinesiologicalen Verfah-

ren unterscheidet, sollen hier noch einmal zusammengestellt werden:

1. Beim Muskeltest genügend Kraft anwenden.
2. Beim Therapielokalisieren genügend starken Gewebedruck erzeugen (Ischemieprinzip).
3. Erster Behandlungsschritt: Regulationsstarre erkennen und behandeln.
4. Ehrlich testen (ohne Erwartungshaltung).

Neuralkinesiologie ist eine relativ leicht erlernbare organisierte Testmethode. Zahlreiche Ärzte, die in der Vergangenheit frustriert waren mit anderen kinesiologicalen Methoden oder mit der Elektroakupunktur, haben rasch Zugang gefunden zur Neuralkinesiologie und erzielten dadurch hervorragende Behandlungsergebnisse. Ärzte, die diese Methode anwenden, sollten mit den wesentlichen neuraltherapeutischen Techniken vertraut sein und ein gutes Verständnis der SANUM-Medikamente haben.