



Applied Kinesiology versus Neuralkinesiologie

Eine ärztliche Kritik zur Klärung von Grundlage und Begriffen

von Dr. med. Hans Garten

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 34/1996, Seite 18 - 21

Vorbemerkung der Redaktion: Mit dem folgenden Beitrag wendet sich der Autor Dr. Garten engagiert gegen die inhaltliche Aussage des in der SANUM-Post Nr. 30/1995 erschienenen Beitrages „Zur gezielten Anwendung der SANUM-Arzneimittel“ von Dr. D. Klinghardt und L. Williams. Hierbei geht es Dr. Garten vor allem um eine klare Begriffsbestimmung und methodische Klärung. Dazu setzt er sich mit dem genannten Beitrag bewußt kritisch auseinander. Die SANUM-Post gibt dem neueren Beitrag ebenfalls Raum, um auch andere Auffassungen zu der angesprochenen, zunehmend mehr angewandten Muskeltestmethode zu Wort kommen zu lassen. Einem bloßen Meinungsstreit kann allerdings nicht Raum gegeben werden.

SANUM-Präparate sind wertvolle naturheilkundliche Heilmittel, die in vielen Fällen, so auch in der Zahnheilkunde, eine sehr wirksame Alternative selbst zu operativen Interventionen darstellen (z.B. bei Periodontiden und Ostitiden). Auch bei systemischen Candidosen bieten diese Mittel wirksame Alternative zu Chemotherapeutika. Die Anwendung soll nach diagnostischen Kriterien der Dunkelfeldmikroskopie und bioenergetischen Testung erfolgen. Aus verschiedenen möglichen Mitteln können damit in einer Art „Endselektion“ die optimalen herausgefiltert werden. Dazu sind jedoch klare diagnostische Konzepte notwendig.

In dem Artikel von Dr. D. Klinghardt und W. Williams in der SANUM-Post Nr. 30 wird ein Versuch unternom-

men, unter dem Begriff „Neuralkinesiologie“ eine Weiterentwicklung der kinesiologischen Methode darzustellen. Das hierzu gelieferte wissenschaftliche Erklärungsmodell erscheint dem Verfasser dieses Beitrages aber lückenhaft und nicht der Applied Kinesiology (AK) von George Goodheart entsprechend. Damit erscheint es fraglich, ob die vorgestellte Methode von Klinghardt/ Williams die Kriterien einer reproduzierbaren Testung erfüllt. Das wollen die folgenden Ausführungen belegen.

Definition der AK und verschiedene Muskeltestreaktionen

Applied Kinesiology (AK) ist hauptsächlich eine diagnostische Methode, mit der durch manuelle Testung einzelner Muskeln und deren Reaktionsänderung durch diagnostische Reize und therapeutische Maßnahmen verschiedenster Art Aussagen über funktionelle Zusammenhänge von Störungen möglich sind. Applied Kinesiology wurde von George Goodheart entwickelt und wird vom International College of Applied Kinesiology (ICAK) international sowie von ICAK-Deutschland (ICAK-D) in den deutschsprachigen Ländern vertreten. Die ärztliche und zahnärztliche Vertretung, assoziiert mit ICAK-D, ist die Internationale Ärztesellschaft für Applied Kinesiology (IÄAK).

Die Bedingungen zum patientengesteuerten Muskeltest

Definition des Testvorgangs und Mechanismus des manuellen Muskeltests in der AK: Der Patient wird aufgefordert, den zu testenden Muskel (Muskelkomplex) in vorher genau er-

klärter Richtung maximal anzuspannen, während der Untersucher ausreichend langsam zunehmende Kraft ausübt, um den kontrahierenden Muskel des Patienten in seiner Länge konstant zu halten. Dies stellt sicher, daß dieser Teil des Tests isometrisch verläuft. Wenn die Kraft des Patienten nicht weiter zunimmt (maximale isometrische Kontraktion), erhöht der Untersucher geringfügig seinen Druck und verlängert damit leicht den Muskel des Patienten.

Diese geringe Druckerhöhung über die maximale isometrische Kontraktion hinaus führt die isometrische Kontraktion in eine exzentrische Kontraktion über. Dies führt zu einer geringen Verlängerung (maximal 3 Grad Gelenkbewegung), was zu einer Aktivierung des Feedbackmechanismus der Muskelspindel führt. Die Muskelspindel wird während der exzentrischen Muskelkontraktion verlängert und die Ia-Faser leitet diesen Impuls zum Hinterhorn. Diese Spindelerregung aktiviert über monosynaptische und polysynaptischen Verbindungen weitere Fasern des kontrahierenden Muskels.

Die Kraft, die während exzentrischer Kontraktion entwickelt werden kann, ist größer als bei isometrischer Kontraktion. Daher kann ein Muskel, der stark ist (entweder hyper- oder normoreaktiv), dem zusätzlichen Druck des Untersuchers widerstehen und die Testposition beibehalten. Ein Muskel, der sich nicht an die zunehmende Kraft bei exzentrischer Kontraktion anpassen kann und daher die Testposition nicht aufrechterhalten



kann, kann als schwach oder hyporeaktiv angesehen werden.

Diagnostik in der Applied Kinesiology

Um zu erklären, wie in der Applied Kinesiology diagnostiziert wird und welche Bedeutung diverse Änderungen der Muskeltestreaktion haben können, ist zunächst zu definieren, welche verschiedenen Muskeltestreaktionen zu unterscheiden sind.

Normoreaktiver Muskel

Der Muskel (Muskelkomplex) kann während des definierten Muskeltestvorgangs der Kraft widerstehen, die der Untersucher ausübt und kann während des Tests die Testposition beibehalten. Der Muskelkomplex wird „normoreaktiv“ genannt, wenn der Hauptagonist im Test durch eine der folgenden Maßnahmen inhibiert werden kann und damit eine Bewegung im Gelenk auftritt:

1. Manuelles Verkürzen der Spindelzellen des Hauptagonisten im Test.
2. Stimulation des Sedierungspunkts des Meridians, der dem Hauptagonisten zugeordnet ist.
3. Überstreichen des assoziierten Meridians in Richtung gegen dessen Energiefluß („Running the meridian“).
4. Aufbringen eines Poles (Nord- oder Südpol) eines mindestens 3000 Gauss starken Magneten auf den Muskelbauch.

Hyperreaktiver Muskel

Der Muskel (Muskelkomplex) kann der durch den Untersucher ausgeübten Kraft während des definierten Testvorgangs widerstehen. Der Hauptagonist kann jedoch durch keine der angegebenen Maßnahmen, die für den normoreaktiven Muskel definiert wurden, inhibiert werden.

Hyporeaktiver Muskel

Der Muskel (Muskelkomplex) kann der vom Untersucher ausgeübten Kraft während des definierten Test-

vorgangs nicht widerstehen. Die Testposition kann nicht eingehalten werden. Der hyporeaktive Muskel wird vom funktionell schwachen Muskel durch folgende Charakteristika unterschieden:

Die Inhibition eines hyporeaktiven Muskels kann durch einen sensorischen Stimulus (Challenge), dem der Patient ausgesetzt wird, verändert werden und normo- oder hyperreaktiv werden. Dies unterscheidet einen hyporeaktiven Muskel von einem schwachen Muskel.

Neben dem beschriebenen rein neuromuskulären Mechanismus des Muskeltests kommt es beim Challenge zu Veränderungen im Bereich der Grundregulation nach Pischinger [4-7], die sich auf die Muskeltestreaktion auswirken.

Das Challenge-Prinzip in der Diagnostik mit AK

Unter „Challenge“ versteht man jeden diagnostischen sensorischen Stimulus, dem der Patient ausgesetzt wird. Diese sensorischen Reize beinhalten sowohl mechanische (strukturelle) wie chemische und emotionale Reize. Ein oraler Test einer Substanz ist ein chemischer Challenge, der Probeschub an einem blockierten Wirbel ist ein mechanischer Challenge, das Denken an eine psychisch belastende Situation ein emotionaler Challenge.

Ein positiver Challenge ist jede diagnostische sensorische Stimulation, die eine Muskelreaktion ändert im Vergleich zur Reaktion vor dem Challenge. Berühren einer gestörten Körperregion durch den Patienten ist eine Abart des Challenge, den man als „Berührungs“-Challenge bezeichnen kann. Man spricht nach Goodheart von „Therapielokalisation“.

Zur Definition der Therapielokalisation (TL) gilt: Wenn ein Patient eine Körperregion berührt und eine Änderung der Muskelreaktion auftritt, liegt an der berührten Stelle eine Abweichung von der Norm vor.

Bedeutung der Reaktionsänderung durch TL und Challenge

Jede Muskeltestreaktion im Sinne einer Normreaktion deutet an, daß der mit dem Muskel assoziierte Funktionskreis (das viszerosomatische Segment bestehend aus Organ, Wirbelebene, segmentaler Durchblutung, segmentaler Lymphversorgung, Muskel etc.) sich in einem normreaktiven, nicht regulationsgestörten, belastungs- oder streßfreien Zustand befindet. Sowohl der hyperreaktive als auch der hyporeaktive Muskel zeigt an, daß sich im zugeordneten viszerosomatischen Segment bzw. generalisiert eine Belastung (Streß) des Regulationssystems findet.

In der Anwendung der Applied Kinesiology zeigen sich Reaktionsänderungen eines normoreaktiven Muskels durch eine sensorische Provokation praktisch ebenso häufig im Sinne einer Hyperreaktion wie in einer Hyporeaktion („Schwäche“). Beide Reaktionsänderungen können gedeutet werden als Streßreaktionen des Muskels im Test etwa in Analogie mit dem Generalisierten Adaptationssyndrom nach Selye [9].

Zur Kritik des Muskeltests nach Klinghardt und Williams

Da Klinghardt und Williams ausschließlich von starken und schwachen Muskeln sprechen und Reaktionsänderungen ausschließlich zwischen stark und schwach beschrieben werden, können diese Autoren kaum bei maximaler Kraft des Patienten testen. Somit kommt man nicht zu brauchbaren Testergebnissen. Für einen reproduzierbaren Muskeltest gelten die folgenden Kautelen:

1. Den Patienten den Test starten lassen.
2. Dem Patienten genügend Zeit zum Erreichen seiner Maximalkraft lassen.
3. Isometrische Kontraktion und, bei Erreichen der maximalen iso-



metrischen Kraft, minimalste Erhöhung des Testdrucks von seiten des Untersuchers zur Überprüfung der Möglichkeit des Patienten zur Beibehaltung der Testposition.

In der Beschreibung der neurologischen Mechanismen zur Therapielokalisation sowie in der Beschreibung der „blockierten Regulation“ und dem beschriebenen Vorgehen bei der Testung von Patienten mischen sich scheinbar wissenschaftliche Erklärungsmodelle, esoterische Konventionen und offensichtliche Widersprüche. Dies soll im folgenden dargestellt werden.

Verschiedene Erklärungsmodelle zur Neurologie des Muskeltests sowie vermutliche Mechanismen bei der Reaktionsänderung im Muskeltest wurden von anderen Autoren beschrieben. Speziell von Klinghardt und Williams erwähnte Mechanismen der Muskelspindeln wurden 1994 von W. H. Schmitt (Proceedings of the Winter Meeting of the ICAK-USA 1994, ICAK-Canada Selected Research Papers 1994) beschrieben. Weitere Erklärungsmodelle zum Phänomen von Therapielokalisation und Challenge wurden von H. Garten 1994 beschrieben (AK Review, „Mechanismes of Akupunktur Effects and a Different Concept of Testphenomena in Applied Kinesiology“).

Wenn die von Klinghardt und Williams beschriebene Positivität der Hautoberfläche über gestörten Regionen tatsächlich so meßbar sein sollte, wofür leider keine Literaturangabe gemacht wird, dann wäre das Erklärungsmodell des Kondensators und seiner Entladung durch Berührung positiv und negativ beladener Oberflächen bei Therapielokalisation ein weiteres interessantes Erklärungsmodell für das Phänomen der Muskelreaktionsänderung bei Berühren gestörter Körperregionen durch den Patienten.

Leider bringen sich die Autoren des Artikels selbst in eine nicht überzeugende Position, wenn sie am Ende des Artikels angeben, daß der Arzt die Weisheitszahngehend beim Herdtest mit behandschuhtem Zeigefinger therapielokalisiert. Die Frage ist, wie bei diesem Vorgehen zwischen der Hand des Untersuchers und dem Weisheitszahn trotz der Isolierung durch den Latexhandschuh ein Strom fließen soll. Da offensichtlich die gängige Praxis der Autoren ist, wie im Artikel beschrieben, wird dem aufmerksamen Leser deutlich, daß die Autoren des Artikels rein imaginativ, das heißt mental testen und keinen reproduzierbaren Challenge gebrauchen. Reproduzierbar heißt, daß unterschiedliche Untersucher bei demselben Patienten dieselben Testergebnisse erhalten und diese korrelieren mit objektiven Befunden, soweit diese zu erzielen sind (Röntgenaufnahmen, Laborbefunde).

Das Phänomen der Therapielokalisation und des Challenge ist nicht erklärbar, allenfalls existieren Erklärungsmodelle [1]. Die Testmethoden der Applied Kinesiology sind bei richtiger Durchführung reproduzierbar. Sie werden gelehrt von Lehrern des International College of Applied Kinesiology. Diese Testmethoden werden zur Absicherung der Untersuchungsaussage immer mit anderen klinischen Befunden in Korrelation gebracht wird (z. B. OPT bei Zahnherden, Thermographie, Decoder-Dermogramm u.a.).

Ebenso wie die Autoren mit behandschuhtem Testfinger (siehe oben) offensichtlich Projektionen bei der Herdtestung und keine unvoreingenommenen Tests durchführen, wird mit eigenartigen Konventionen entschieden, ob ein Patient „blockiert“ oder „nicht blockiert“ ist. Das Urteil entspringt rein der Imagination des Untersuchers, denn Therapielokalisation des Bauchnabels mit überstreckten oder nicht überstreckten Fingern ergibt im neutralen Test iden-

tische Ergebnisse. Das Vorgehen ist ebenso uneindeutig wie die von Klinghardt angegebenen „Fingermodes“ (zur Erläuterung: wenn der Behandler z.B. Daumen- und Zeigefingerspitze zusammenführt und dabei eine Testreaktion erhalten soll, bedeutet dies so viel wie Aussage x, bei Zusammenführen von Daumen- und Kleinfingerspitze Aussage y, u.a.m.). Eine Muskelreaktionsänderung tritt ausschließlich bei Behinderung der Nabelregion im Sinne eines Nabelstölfeldes auf. Jegliche weitere Interpretation erscheint als eine esoterische Konvention.

Diagnostik mit Applied Kinesiology geschieht, wie oben beschrieben, ausschließlich über Challenge, das heißt mechanische, chemische und psychische Stimuli. Es wird nicht „gefragt“, ob eine Wirbelblockierung vorliegt, sondern es wird ein mechanischer Probeschub vorgenommen, der bei Funktionsstörung des Wirbels zu Muskelreaktionsänderung führt. Es wird nicht „gefragt“, ob eine Milchunverträglichkeit vorliegt, sondern die Milch wird vom Patienten in den Mund genommen, dort für mindestens 30 Sekunden gehalten, um auch verzögerte Reaktion festzustellen, und eine Muskelreaktionsänderung wird überprüft. Ein Zahnherd wird mit dem unisolierten Finger vom Patienten therapielokalisiert. Häufig ist bei Zahnherden zu deren Auffinden ein TL von buccal, lingual und apikal notwendig.

In der Tat sind bei Zahnherden häufig die einzigen ohne chirurgischen Eingriff wirksamen Präparate die der Firma SANUM-Kehlbeck (FORTAKEHL, NOTAKEHL, ARTHROKEHLAN), die bei Periodontiden sowie Ostitiden zu testen sind. Das Vorgehen beim Herdtest im Zahnbereich sei noch einmal zusammengefaßt:

Der Herdtest im Zahnbereich

Bei positiver TL muß folgende Differentialdiagnose gestellt werden:



1. Strukturelle Störungen: Subluxation - neurologischer Zahn, Frühkontakt, impakterter oder fehlgestellter Weisheitszahn.
2. Andere Störungen: Karies, Ostitis, Pulpitis (chronisch, akut, gangränös), Granulom, Parulis, Periodontitis, Gingivitis, Amalgamtoxizität, erhöhte Spannungen und Ströme.

Diagnostik: Neben der klassischen Diagnostik, wie Röntgenbild und Vitalitätstest, sowie Dimavaltest nach Dauderer bei Amalgamtoxizität ist die AK-spezifische Diagnostik ergänzend und in vielen Fällen unerlässlich, da erst sie bei stummem Röntgenbild und anderen negativen Befunden zum Ziel führt. Bei positivem AK-Befund und negativen Laborbefunden (radiologisch, laborchemisch etc.) ist vor chirurgischen Interventionen (Extraktion etc.) zumindestens eine weitere Methode der Herddiagnostik anzuwenden (z. B. Thermographie nach Rost und/oder Decoder u.a.).

Problematik der systemischen Candidosen

Eine chemotherapeutische Behandlung systemischer Candidosen ist leider nicht immer erfolgreich, aber begleitet von dabei häufig auftretenden Nebenwirkungen. Endobiosetherapie mit SANUM-Präparaten sollte als erste Wahl unter Kontrolle von Candida-Antigen und -Antikörpern erfolgen. ALBICANSAN, EXMYKEHL und PEFRAKEHL sind Isopathika, die nach spezifischer Testung mit AK angewandt werden. Eine mehrwöchige Therapie ist dabei notwendig.

Zusammenfassung

Applied Kinesiology ist bei der geschilderten Anwendung eine reproduzierbare bioenergetische Testmethode, die in vielen Fällen unklare Befunde erst eindeutig klärt. Es muß immer ein klarer Challenge erfolgen und der Untersucher muß sich hüten vor Projektionen und irreführenden Vor-Annahmen.

Schrifttum

1. Garten, H.: Mechanismes of Akupunktur Effects and a Different Concept of Testphenomena in Applied Kinesiology. ICAK-USA, AK Review, Vol. 4, No. 1 (1994).
2. Kendall, F. et al.: Muscles-Testing and Function. 3rd ed. Williams and Wilkins, Baltimore 1983.
3. Marées, H. de: Sportphysiologie. Tropon, Köln-Mühlheim 1989.
4. Nordenström, B. E. W.: Biokinetic impacts on structure and imaging of the lung: the concept of biologically closed electrical circuits. Americ. J. Roentg. 145, pp. 447-467 (1985).
5. Pischinger, A.: Das System der Grundregulation. Grundlagen für eine ganzheitsbiologische Theorie für Medizin. 4. ed. Haug, Heidelberg 1975.
6. Pischinger, A.: Matrix and Matrix Regulation. Heine ed. Haug International, Brussels 1991.
7. Popp, F. A.: Neue Horizonte in der Medizin. 2. ed. Haug, Heidelberg 1987.
8. Schmitt, W.: Muscle Testing as Functional Neurology. Selected Research Papers. ICAK-Canada 1194.
9. Selye, H.: The Stress of Life. Rev. ed. McGraw-Hill Book Co., 1976.
10. Walther, D. S.: Applied Kinesiology, Vol. I. Systems D.C., 275, West Abriendo Av., Pueblo, Colorado 81004 (1988).
11. Walther, D. S.: Applied Kinesiology, Vol. II. Systems D.C., 275, West Abriendo Av., Pueblo, Colorado 81004 (1972).

Herdttest mit AK

