

✉ F.J. Saha, R. Wander

Das Störfeld als neuromodulativer Trigger auf allen Ebenen

The interference field acting as neuromodulating trigger on all levels

Zusammenfassung

Das Störfeld ist eines der zentralen Paradigmen der Neuraltherapie. Der Begriff wird unter Komplementärmedizinern kontrovers diskutiert, ist in der Bevölkerung überraschend gut akzeptiert und wird von der konventionellen Medizin größtenteils abgelehnt. In diesem Artikel nähern wir uns diesem Begriff von allen Seiten: der somatischen, der psychisch-emotionalen und auch der seelischen Ebene. Durch den Fortschritt in der Forschung und zunehmende Erkenntnisse der Zellphysiologie und Pharmakologie lassen sich die heilsamen Effekte, die bei der Umflutung des Störfeldes mit Procain zu beobachten sind, immer besser erklären.

Schlüsselwörter

Störfeld, neuromodulativer Trigger, chronische Entzündung, Procain, Stress, Leibgedächtnis

Abstract

The interference field constitutes one of the central paradigms of neural therapy. Among experts in complementary medicine, the concept is controversial, while being surprisingly well accepted by the general public and largely refuted by mainstream medicine. The following paper aims to approach the concept from various angles, considering the somatic, the psychological-emotional, as well as the spiritual level. Based on research developments and advanced findings from cell physiology and pharmacology, we arrive at better explanations of the healing effects observed when washing the interference field with procaine.

Keywords

Interference field, neuromodulating trigger, chronic inflammation, procaine, stress, body-memory

Die Neuraltherapie definiert sich als Therapie mit Lokalanästhetika zur Korrektur einer somatisch (im Leib) gespeicherten, gestörten Information. Diese Fehlinformation beeinträchtigt die Regulationsfähigkeit und die Selbstheilungskräfte, führt damit im Laufe der Zeit zu einer gestörten Funktion und letztendlich zu einer gestörten Struktur. Der Ursprung der Fehlinformation – das Störfeld – ist eine meist unbemerkte Reizquelle, die mit typischen lokalen Veränderungen einhergeht: biochemische Veränderungen und insbesondere ein verändertes Potenzialverhalten eines größeren Zellverbandes. Diese Reizquelle wird lange Zeit lokal beherrscht und bleibt damit asymptomatisch. Erst wenn weitere Belastungen hinzukommen, wie z. B. ein körperliches Trauma (Unfall mit entsprechend nötiger chirurgischer Versorgung und Wundheilung), Infekte oder auch psychische Belastungen, kann die Regulationskapazität überschritten werden. Sobald dies geschieht, wird die vorher stumme Belastung symptomatisch. Dieses Ereignis, das dann die chronische Symptomatik auslöst, wurde von Speransky als „Zweitschlag“ bezeichnet (1950). [1] Dabei manifestieren sich die Beschwerden weniger lokal, sondern meist fernab vom Reizort des Störfeldes an der individuellen Schwachstelle des Patienten.

Störfeld und chronische Inflammation

Der Störfeldbegriff wurde von Kellner/Wien nach vielen histologischen Untersuchungen erstmals definiert: Das Störfeld ist eine subchronische Entzündung um nicht abbaufähige, körperfremde oder denaturierte körpereigene Substanzen. Es besteht aus lymphozytären, plasmazellulären Infiltraten und Desaggregation der Grundsubstanz. Die Ausdehnung der Infiltrate und der Desaggregation wechselt unter dem Einfluss von Sekundärbelastungen. [2]

Huneke definierte das Störfeld als: Subchronische, oligo- bis asymptomatische Entzündung, als örtlich begrenzte, permanente, pathogene Reizquelle, welche den Organismus energetisch dauerbelastet. [3]

H. Heine schreibt dazu: Als Herd wird eine lokal begrenzte, subklinische Entzündung unterhalb der Schmerzschwelle um nicht abbaufähiges körperfremdes oder körpereigenes Material bezeichnet. Ein Herd ist immer auch aufgrund seiner Projektionssymptomatik seiner gestörten Grundregulation ein Störfeld. [4]

Allen oben genannten Definitionen gemeinsam ist die chronische Entzündung.

Sekundärbelastungen und Energiemangel wurden von den Autoren beobachtet und erwähnt, aber nicht begründet. Die organischen Substrate von Störfeldern sind nach Perger zu 98 % Zahn- und Kieferherde, die asymptomatisch und häufig auch radiologisch nicht erkennbar sind. Da der Lymphabfluss der Zähne über die Tonsillen geschieht, Zahnherde damit über die Tonsillen ihre biochemisch aktiven Substanzen drainieren, können gleichzeitig Zähne und Tonsillen störraktiv sein. Ferner weisen bis zu 75 % der Tonsillen (und auch deren Narben nach Tonsillektomie!) eine chronische Inflammation auf, zu 38 % die Nasennebenhöhlen und nur zu 4 % andere Körperregionen. Beachtenswert erscheint auch hier, dass nur 10 % der Narben Störfeldcharakter haben, alle anderen Narben sind blande – also „gesund“. [5]

Wirkungsweise der Lokalanästhetika

Eine Umflutung dieser Störfelder mit einem Lokalanästhetikum (LA) soll eine Irritationspause der Fehlinformationen erreichen und somit eine Selbstheilung ermöglichen. Bekannt waren zum Zeitpunkt der Erklärungsversuche nur die Wirkungen der LA an der

Zellmembran, die von Fleckenstein (1954) erkannt und beschrieben wurden. [6] Über die Blockade der spannungsabhängigen Natriumkanäle war die Anästhesie erklärbar, nicht jedoch die übrigen zu beobachtenden Wirkungen wie die Entzündungshemmung, die weit länger anhielt, als pharmakologisch zu verstehen. Neue Erkenntnisse aus den letzten Jahren zu G-Protein-gekoppelten Rezeptoren lassen nunmehr neue Schlussfolgerungen zu.

Neue Erkenntnisse zu den alternativen Wirkmechanismen der Lokalanästhetika, insbesondere des Procains: Entscheidende proinflammatorische Zytokine sind IL1, in Folge auch IL2, dazu IL6 und TNF α . Bei Entzündungen werden Zellen zerstört und somit Zellwandabbauprodukte – Prostaglandine – produziert. Lokalanästhetika lösen am membranständigen G α q-Protein eine Signaltransduktion aus, welche die Expression von Entzündungsmediatoren reduziert bis aufhebt. Somit ist die entzündungsmindernde Eigenschaft der LA biochemisch erklärbar. Procain weist im Vergleich zu anderen Lokalanästhetika eine Besonderheit auf: Selbst seine Spaltprodukte besitzen noch gewebe- und mitochondrienprotektive Wirkungen. [7]

Neue Erkenntnisse über die Stressinduktion

Bisher gingen wir davon aus, dass Stress durch optische, akustische, psychisch-emotionale, und neuronale Reize ausgelöst wird. Neu ist die Erkenntnis, dass die Entzündungsmediatoren IL1, IL2, IL6, TNF α , Prostaglandine und NO einen „somatischen Stressor“ darstellen, da sie im Hypothalamus genauso wie die bisher bekannten psycho-emotionalen Stressoren die Produktion von CRH (Corticotropin Releasing Hormon) induzieren. Dieses Hormon wiederum aktiviert die beiden Stressachsen, die SAM (sympathiko-adrenomedulläre)-Achse und die HPA (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde)-Achse. [8]

Die Stressreaktion ist überlebenswichtig und gut kompensierbar, wenn genügend Zeit zur Erholung gegeben ist. Dies war bei den üblichen Stressoren meist gegeben, wobei sich in unserer modernen Gesellschaft eine deutliche Zunahme von subjektiv empfundenem Stress feststellen lässt und bei vielen somatischen Erkrankungen Stress mittlerweile als (mit-)auslösender Faktor angesehen wird.

Der „normale Alltagsstress“ kommt in der Nacht zur Ruhe. Im Schlaf werden akustische (bei Umgebungsruhe), optische und emotionale Reize von außen meist sistieren – nicht jedoch die Reize einer chronischen Entzündung, denn die Entzündungsmediatoren werden ohne Pause produziert. Damit entsteht durch die unterschwellige, nicht wahrnehmbare Inflammation ein permanenter somatischer Stressor. Dieser erhöht dauerhaft den Sympathikotonus und bedingt dann auch Schlafstörungen. Dies stört die parasympathisch gesteuerte Regeneration und ein Teufelskreis beginnt. Nachts konnte ein Ausdehnen der Interzellularsubstanz nachgewiesen werden. Diese Ausdehnung wird mit einem Reinigungsprozess in Verbindung gesetzt. Durch den gesteigerten Sympathikotonus wird diese Regeneration eingeschränkt. [9]

Die daraus folgende Sympathikusaktivierung mit Überproduktion von Noradrenalin und Adrenalin beeinflusst die gesamten Körperfunktionen und die Epiphysenfunktion. Auch das gesamte Immunsystem wird spezifisch immunsuppressiv beeinflusst.

Damit kommt es durch chronische, unterschwellige Entzündungen zu einer nicht spürbaren Daueraktivierung des sympathischen Systems, d. h. Entzündungen triggern den Sympathikus.

Akustische Stressreize (Lärm, z. B. Nachtflug, Disco), optische (z. B. abendliche Helligkeit, Autoblendlicht, Fernsehen), psychische (z. B. Berufsversagen, Mobbing, familiäre Konflikte) und nervale (z. B. postoperative, traumatische Verletzungen) induzieren nach kortikaler Aufnahme und limbischer Kontrolle als überschwellige Reize im Hypothalamus die Produktion von CRH. Somit können auch kurzfristige Reize wie Schallwellen, Licht und Worte, Angst, Depression oder Euphorie die Sympathikusaktivierung unterhalten. Denn alle Reize bedienen sich gleicher Überträgersubstanzen und lösen stereotype Grundmuster aus, die dann persönlichkeitspezifisch bearbeitet und gespeichert werden. Somato-psychische und psycho-somatische Auslöser sind im Resultat nicht mehr unterscheidbar. Bei einer durch ein Störfeld ausgelösten unterschweligen Sympathikusaktivierung können die zusätzlich auftretenden, „normalen“ Stressoren nicht mehr adäquat verarbeitet werden. Es kommt zu einer überschießenden, für den aktuellen Stressreiz inadäquaten Aktivierung und Reaktion des sympathischen Systems. Es sinkt die Stressbelastbarkeit und es kommt zur Dekompensation im Sinne einer Stresserkrankung. Diese kann sich sowohl psychisch (Konzentrationsschwäche, Erschöpfung, Depression, Angst etc.) als auch somatisch (z. B. in Form von KHK, Hypertonie, rezidivierende Infekte etc.) manifestieren.

Die Stressachsen

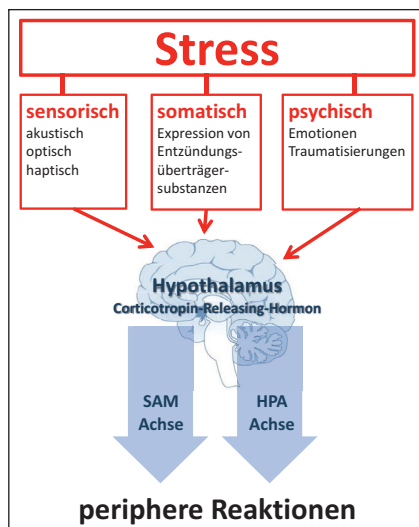
Die SAM-Achse: Sympathiko-Adreno-Medullar-Achse

Durch CRH werden vom Hypothalamus aus mit Einschluss des Nucleus coeruleus über absteigende Bahnen die Ursprungskerne des sympathischen Systems im Seitenhorn des Rückenmarks von C8 bis L2 aktiviert. Eine besonders intensive Verschaltung erfolgt in Höhe von Th10 zum Nebennierenmark, welches vorwiegend Adrenalin in die Blutbahn abgibt. Vom Seitenhorn des Rückenmarks gelangen die Reize über die Rami communicantes zum Grenzstrang. Dort werden sie über jeweils mehrere Segmente auf- und absteigend divergent verteilt, um als Begleitung über die Trigeminaäste, die Spinalnerven und die Arterien in die Peripherie zu gelangen.

Die HPA-Achse: Hypothalamus-Hypophysen (Pituitary)-Nebennierenrinden (Adrenal)-Achse

Ebenfalls durch CRH im Hypothalamus wird die Hypophyse zur Expression von verschiedenen Hormonen aktiviert. Um nur einige zu nennen: ACTH induziert in der Nebennierenrinde die Cortisol- und Mineralocorticoidproduktion, FSH beeinflusst die Fertilität, die TSH-Ausschüttung soll der gestellten Stoffwechselsteigerung gerecht werden. Das sind alles nötige Prozesse, um akute Belastungen zu meistern – Flucht oder Kampf. Die chronische Belastung, die mit keiner, vom Transmitterstoffwechsel eigentlich geforderten Reaktion (Flucht oder Kampf) beantwortet werden kann, führt über viele Falschleistungen mit Übererregung langfristig zur Erschöpfung der Nebenniere und schließlich auch zu einem Cortisol- und Adrenalinmangel. [8]

Die Aktivierung des sympathischen Systems löst sinnigerweise in unserer archaischen Programmierung eine optimierte fokussierte Aufmerksamkeit und körperliche Aktivierung aus. Es resultiert dabei gleichzeitig ein „Tunnelblick“ mit Denkblockade. Die in der heutigen Zeit dominierenden Stressoren, bei denen weder Kampf noch Flucht sinnvolle Bewältigungsstrategien sind, können daher in dieser Situation nicht sinnvoll bearbeitet werden. Bei einer



Die beiden Stressachsen (HPA-Achse und SAM-Achse)

Daueraktivierung des sympathischen Systems, in dem die aktuelle Aufmerksamkeit und körperliche Aktivitäten prioritär optimiert werden, wird die Möglichkeit des adäquaten Umgangs mit dem aktuellen, psycho-emotionalen Stressor behindert. Chronischer Stress führt zu Denkblockaden, beeinträchtigt die Fähigkeit zur Selbstreflexion und verhindert eine Aufarbeitung psychischer Korrelate. Die Beseitigung des somatischen Stressors durch gezielte Neuraltherapie führt zur sofortigen Senkung des Sympathikotonus und kann damit die Fähigkeit zur Reflexion, Aufarbeitung und Erkennbarkeit wieder ermöglichen.

matischen Stressors durch gezielte Neuraltherapie führt zur sofortigen Senkung des Sympathikotonus und kann damit die Fähigkeit zur Reflexion, Aufarbeitung und Erkennbarkeit wieder ermöglichen.

Beeinflussung der Epiphysenfunktion

Neben der Aktivierung der Stressachsen führt Sympathikusaktivierung auch zur Beeinträchtigung der Epiphysenfunktion und damit der physiologischen Tagesrhythmik. Die Epiphyse stellt ab Eintritt der Dunkelheit, sobald sich die Lichtaufnahme über die Augen deutlich reduziert hat, aus Serotonin mittels HIOMT (Hydroxyindolorthomethyltransferase) Melatonin her. Dieses steuert den Schlaf-Wach-Rhythmus und damit den rhythmischen Wechsel des sympathischen und parasympathischen Systems. Die nächtliche parasympathische Aktivierung ist notwendig für die mesenchymale Regeneration und damit die Kontrolle und Ausheilung von Entzündungsprozessen. Das Enzym HIOMT wird durch Adrenalin blockiert. Damit wird ein Teufelskreis der Sympathikusaktivierung unterhalten und die chronische Entzündung verhindert selbst ihre Heilungsmöglichkeit, die ansonsten durch nächtliche Aktivierung des Parasympathikus gegeben wäre.

Ausbreitungswege von Störfeldern

Die Ausbreitungswege des Störfeldes sind also die sympathische und auch parasympathische Übertragung – damit stellt es einen neuromodulativen Trigger dar. Die sympathischen Übertragungswege sind oben bereits erläutert worden. Bei der parasympathischen Übertragung spielen die cranialen und sacralen Ursprungskerne und ihre Kopplung eine besondere Rolle. Cranial-trigeminal Reize können nach sacral und sacrale Reize aus den Unterleibsorganen können nach cranial-trigeminal über eine spinale Verbindung projiziert werden. Daher kann das Störfeld im Unterleib Migräne auslösen und umgekehrt der beherdete Zahn Unterleibsbeschwerden. Zudem werden die Afferenzen des N. vagus aus den inneren Organen ebenfalls trigeminal projiziert, sodass funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes ebenfalls Migräne auslösen können.

Neben der neuronalen Ausbreitung besteht auch ein biochemischer Weg. [4] Demnach potenzieren die Entzündungs- und Schmerzüberträger-substanzen Prostaglandin und Bradykinin die durch die Sympathikusaktivierung ausgelösten Effekte. Auch dadurch wird der Teufelskreislauf aus Entzündung und Sympathikusaktivierung unterhalten.

Neben der neuronalen und biochemischen Vermittlung der Störfeldwirkung in andere Bereiche des Körpers existiert als dritter Weg die vertebrale Fortleitung. Die häufigsten neuromodulativen Trigger liegen im HNO-Bereich, es sind die Nasennebenhöhlen, die Zähne, Tonsillen und Ohren. Diese sind neuronal gekoppelt mit den Nackenrezeptoren und den Kopfgelenken. Störfelder in diesem Bereich führen daher zur Verspannung der kurzen, autochthonen Nackenmuskulatur mit daraus resultierender Verspannung sowie Fehlstatik. Die Propriozeptoren der oberen HWS steuern aber die Stellung der gesamten Wirbelsäule. So können dortige Trigger eine funktionelle Skoliose auslösen mit daraus resultierenden Schmerzen in anderen Bereichen der Wirbelsäule, welche dann oftmals pseudoradikulär in die Peripherie weitergeleitet werden.

Die durch das Störfeld ausgelöste Überaktivierung des sympathischen Systems breitet sich gemäß der drei oben geschilderten Wege auf den gesamten Organismus aus. Entgleisen und damit symptomatisch wird der Patient an seiner schwächsten Stelle, also auch fernab vom eigentlich auslösenden und die Störung unterhaltenden Entzündungsherd. Da psychische Alterationen ebenfalls die Stressachsen anschalten, ist erklärbar, dass auch psychische Konflikte zur Entgleisung und damit zur Manifestation körperlicher Beschwerden führen können. Die psychischen Stressoren und daraus entstehende Alterationen sind manchmal selbstlimitiert oder werden bewusst und können damit geklärt und kompensiert werden. Ein nicht schmerzender Zahn, eine nicht spürbare Muttermündentzündung wird aber weiterhin rund um die Uhr die Stressachsen aktivieren – ebenso wie ein nicht gelöster, seelischer Konflikt oder psychischer Stressor.

Die ein- oder mehrmalige Umflutung mit Procain der eruierten chronischen Entzündungsgebiete, eine evtl. chirurgische Sanierung dieser (Zahnextraktion ...) oder eine systemische Gabe in Form der Procain-Basen-Infusionen kann diese unterschwelligen Entzündungen zur Ausheilung bringen. Dadurch entfällt die neuromodulative Triggerung, die Potenzierungseffekte durch Entzündungsmediatoren, und es kommt zur Tonusnormalisierung der vertebrale Muskulatur. Damit kann der Organismus sein regulatives Gleichgewicht wieder herstellen und der Patient kann gesunden.

Um Störfelder, segmentale Entgleisungen und die therapeutisch zugänglichen somatischen Fenster zu erkennen, bedarf es besonderer diagnostischer Kenntnisse und Injektionstechniken. Diese werden in Kursen (www.dgfan.de) so gelehrt, dass sie sofort in der Praxis umsetzbar sind.

Störfeld und Neuraltherapie – eine psycho-emotionale Betrachtungsweise

Nach einer neuraltherapeutischen Behandlung sehen wir immer wieder, dass bei den Patienten Bilder aus der Vergangenheit auftauchen, Gefühle, Erinnerungen, körperliche Wahrnehmungen, die sich für den Patienten anfühlen „wie damals“. Damals, als die Narbe entstand, zum Zeitpunkt der Operation, des Unfalls etc. Eine Patientin berichtete: „Es gab da so viele alte Krank-

heiten und Wunden, die beweint werden wollten. Als würden diese wieder aufgemacht und gesagt: nun schau, was du alles mitgemacht hast, jetzt wird da noch mal draufgeschaut und für dich gesorgt. Ich weiß, dass ich als Säugling schon so todkrank war, als hätte ich das noch mal gefühlt, als ob das noch mal hoch sollte und in mir etwas bewirken sollte. Ich habe dann gefühlt, was ich verändern muss und werde. Dann bin ich immer mehr nach innen gegangen, als ob ich innen noch etwas in Ordnung bringen müsste.“

Wie können wir diese Beobachtungen erklären? Warum setzt die Neuraltherapie Erinnerungen an längst Vergangenes frei? Und warum wird dies vom Patienten als heilsam erlebt?

Erinnerungen verbinden wir meist mit einem bewussten Vorgang, der sich durch das Denken erschließt. Daher auch der Begriff „Gedächtnis“. Unsere Kultur hat über Jahrhunderte, letztlich seit Descartes den Satz: „Ich denke, also bin ich“ formuliert, das Denken mit dem Mensch-Sein gleichgesetzt. Einer der größten Irrtümer, wie Eckhart Tolle es formuliert. [10] Denn damit wäre der Mensch das, was er denkt und was er dadurch glaubt, zu sein. Vergessen wird dabei, dass wir Erlebnisse nicht nur im Großhirn abspeichern, wo wir es bewusst in Form von Erinnerungen wieder herausholen. Auch unser vegetatives Nervensystem, das Immunsystem, tatsächlich jede Körperzelle ist in der Lage, Informationen zu speichern. Dafür hat bereits der Psychiater Thomas Fuchs den treffenden Begriff „Leibgedächtnis“ definiert. [11] Erinnerungen werden körperlich abgespeichert und sind gleichzeitig der bewussten und willentlichen Erinnerung nicht unbedingt zugänglich. Die deutsche Sprache hatte dafür schon immer sehr treffende Redewendungen: „das geht in Fleisch und Blut über“, „es trifft ihn bis ins Mark“, „der Schreck fuhr ihm in die Glieder“, „es lief ihm kalt den Rücken herunter“, „das geht ihm an die Nieren“. Eigentlich passende Formulierungen und oft in Analogie erklärlich – z. B. in der TCM. Dort sind mit dem Funktionskreis der Niere als Emotion die Angst, als körperliche Struktur die Knochen verknüpft. Und letztlich löst jedes körperliche Trauma, jede schwere Krankheit mit der notwendigen Behandlung auch ein seelisches Trauma aus. Das körperliche Trauma heilt mit einer Narbe ab. Das seelische Trauma kann konserviert bleiben – im Körper. Damit mag die seelische Dimension oft nicht direkt spürbar sein, aber sie stellt oftmals eine beständige Einschränkung im Alltag dar. Gewisse Dinge sind einem Menschen unmöglich, weil sie sofort und unbewusst getriggert Stress auslösen, damit entsprechende vegetative Reaktionen nach sich ziehen und alte, festgefahrene Denkstrukturen/Verhaltensmuster ablaufen lassen. Der unterschwellige Dauerstress, der erhöhte Sympathikotonus, der den Menschen rund um die Uhr begleitet, schwächt sein regulatives System und seine Regulationskapazität. Damit werden die Selbstheilungskräfte geschwächt und bei einer weiteren Belastung, die durchaus banal sein kann, die Regulationsfähigkeit überschritten. Das „System“ dekompensiert, der Organismus kommt aus dem Gleichgewicht, Krankheit entsteht. Wenn biologische Systeme dekompensieren, reicht es oft nicht aus, den letzten Tropfen, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat (in der Neuraltherapie als „Zweitschlag“ bezeichnet), zu beseitigen. Obwohl der akute Ärger am Arbeitsplatz oder im sozialen Umfeld nicht mehr besteht, ist es jetzt zur Auslösung einer chronischen Erkrankung gekommen. Die neuraltherapeutische Anamnese zielt darauf ab, alle möglichen Störfelder – neuromodulativen Trigger –, die in der Vergangenheit entstanden sind, aufzudecken. Die Therapie besteht

in der Umflutung der potenziellen Störfelder mit Procain. Damit wird schlagartig das „sympathische Dauerfeuer“ und die pathologische Information gelöscht oder gemindert, gleichzeitig über das Procain und seine Spaltprodukte Entzündungsprozesse eingedämmt. Folge ist die Reduktion des Gewebestresses und oftmals die Freisetzung von Erinnerungen, auf einmal werden die mit dem Trauma verknüpften Gefühle wahrgenommen. Die Erinnerung verlässt die tiefe Gewebestruktur und kommt an die Oberfläche des Bewusstseins. Dies passiert jedoch nicht wie bei psychisch traumatisierten Patienten in Form von Flashbacks, die den Patienten überwältigen und dekompensieren lassen. Wir machen die Erfahrung, dass die Patienten diese Gefühle, Bilder und Erinnerungen sehr bewusst und gegenwärtig wahrnehmen, so wie sie sind. Ohne sie mit Attributen wie „schrecklich“ oder „furchtbar“ zu belegen und damit auch ohne den Versuch, sie zu verdrängen. Es handelt sich vielmehr um ein bewusstes Anschauen, Vergewärtigen und Erleben. Und damit kann dann diese körperliche Erinnerung auch losgelassen werden. Prof. Bessel van der Kolk aus Boston hat es so formuliert: „Heilung ist jenseits der Sprache“. [12] Den Zugangsweg über den Körper nutzen viele Psychotherapien, was allerdings auch einen gewissen zeitlichen Aufwand erfordert. Mit der Neuraltherapie besteht die Möglichkeit, schnell und dauerhaft eine Wendung im Leben des Patienten herbeizuführen. Ist der neuromodulative Trigger, das ständige Störfeld beseitigt, so kann der Patient in gewissem Sinne ein befreites Leben – sein Leben – gestalten. Sie ermöglicht die Neuorientierung und Neuorganisation. Allerdings darf eines nicht vergessen werden: Die Neuraltherapie beseitigt ein Hindernis, sie öffnet eine Tür. Hindurchgehen muss der Patient selber. Wer also möchte, dass sich in seinem Leben etwas verändert, muss sein Leben ändern. Hier kommt die Mind-Body-Medizin zum Tragen. Mit ihren Methoden wird der Patient geschult und in die Lage versetzt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil umzusetzen und sich selbst mit seinen Bedürfnissen durch die Praxis der gelebten Achtsamkeit wahrzunehmen und sein Leben entsprechend auszurichten und zu gestalten.

Eine Narbe, die schmerzt, die sich bei Wetterwechsel meldet, deren Berührung der Patient unbewusst vermeidet, die chronische Entzündung, der Fremdkörper – an diesen Stellen verbergen sich meist die Störfelder. Wenn wir diese ausheilen, gleichzeitig vegetative Schaltstellen regulieren, das beim Patienten betroffene erkrankte Segment behandeln und der Patient das Seine dazu tut, kann Gesundheit entstehen.

Literatur

1. Speransky AD. Übers. ins Dt. von KR. von Roques. Grundlagen der Theorie der Medizin. 2. unveränderte Auflage. Saenger Berlin 1950
2. Beck A (Hrsg). Einwirkung der Umwelt auf den Menschen, KIKOM Band 5. Internationaler Verlag der Wissenschaften 2001:13
3. Ebda: 13
4. Heine H. Lehrbuch der biologischen Medizin. Hippokrates 1997
5. Perger F. Herdtherapie – Erfolg und Misserfolg, EHK 1978; 27:805
6. Fleckenstein A. Der Mechanismus der Erregung und Erregungshemmung mit spezieller Berücksichtigung des Novocains. Anästhesist 1954;3(1):15–9
7. Herroeder S, Hollmann M. In S. Weinschenk, ed. Handbuch Neuraltherapie. Elsevier 2010:81–110
8. Rensing L, Koch M, Rippe B, Rippe V. Mensch im Stress, Springer 2006
9. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. Science. 2013 Oct 18;342(6156):373–7
10. Tolle E. Jetzt! Die Kraft der Gegenwart. J. Kamphausen Verlag, 2000
11. Fuchs T. Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2008
12. Kolk van der B. Zitiert in: Possemeyer I. Das Gedächtnis des Körpers. Geo 2013;2:80–91