



# SWITCHING, STRESS, MUSKULÄRER HYPERTONUS, 3E UND KREISLAUF/SEX, LENKER- UND KONZEPTIONSGEFÄß - NEUE ASPEKTE FÜR EINE ZUSAMMENFÜHRENDE SICHTWEISE (SEPTEMBER 1999)

## Schlüsselwörter:

Switching; Stress; Muskulärer Hypertonus; 3E und KS; LG und KG; Dü 3 - Areal; Lu 7 - Areal; Nabel/Ni 27; TMJ; Händigkeit; Gait; Sternum; SCM; KG 21.5

## I. EINFÜHRUNG

Das Problem Nummer eins der modernen AK - v .a. für den Anfänger - ist der generalisierte muskuläre Hypertonus (*Garten, Gerz, Farkas/Gerz*); als zweithäufigsten Problemkreis würden wohl die meisten AK-TherapeutInnen das Switching nennen.

Dieser Artikel bietet eine zusammenfassende Sichtweise, bei der insbesondere das Meridiansystem in seiner Interaktion mit dem neuromuskulären System, dem Grundsystem nach Pischinger und dem Adaptationssystem nach Selye die entscheidende Rolle spielt. Den Artikel „*Switching: Neurologische oder Nicht-Neurologische Dysorganisation*“ in MJAK 4. 6/1998 (*Eppler/Gerz*) beendeten wir mit folgender **Zusammenfassung**:

- „Die schwierigen Switchingfälle sind im Regelfall assoziiert mit wirklich schwerwiegenden Erkrankungen, Herdbefunden oder erheblichen psychischen Störungen
- Sie sind aufhebbar durch hochkarätige energetische Heilmittel und Testsubstanzen aus der „Immun-Screening-Kiste“
- Der Nabel ist als TL-Punkt in irgendeinem Stadium der Untersuchung immer dabei
- Ebenso sind hypertone, normotone und schwache Muskeltestreaktionen und ein beliebiger Wechsel zwischen den entsprechenden Ergebnissen immer beteiligt
- Die jeweiligen Switching-TL´s sind fast immer aufhebbar durch Doppel-TL zu bestimmten Akupunkturpunkten, v. a. Dü 3, seltener Lu 7
- Besonders interessant ist die Verbindung Switching/Nabel/LG/KG/Dü 3: wird nicht auch bei der Behandlung des Psychological Reversal mit Dü 3-Stimulation gearbeitet?“

... und versprechen: „Insbesondere werden wir in den nächsten Wochen der tieferen Bedeutung der Akupunkturpunkte Niere 27 bds. in Bezug zu Lenker- und Konzeptionsgefäß, nachgehen.“

Dies soll nachfolgend geschehen!

## II. DERZEITIGER STAND ZUM THEMA SWITCHING

*Goodheart, Leaf und Walther und Gerz* beschreiben verschiedene Methoden, wie man mit Challenge und TL Switching finden kann:

### 1. Ocular lock

Diese Methode kann man als dynamischen Challenge zur Untersuchung der neuromuskulären und sensorischen Aktivität und Integration der rechten und linken Gehirnhälfte in Bezug auf die Augenfunktion bezeichnen.

### 2. Therapielokalisation (TL) zu den Switching-TL-Punkten (STP) Nabel, Niere 27 rechts und links, KG 24, LG 27 und zusätzlich in Höhe Th 11/Bl 19

Außer Niere 27 und den zusätzlichen Switchingpunkten dorsal sind alle diese Punkte auf dem **Lenker- und Konzeptionsgefäß (LG/KG)**; *Walther* gebraucht sogar den Ausdruck „KG/LG-Switching“. Es liegt deshalb nahe, sich mit diesen beiden Meridianen näher zu befassen.

#### a) LG/KG: Klassische Akupunktur

Es gibt so viele verschiedene Beschreibungen wie Akupunkturbücher; die Beschreibung von *Kropej* gefällt mir immer noch am besten: Er vergleicht die zwölf normalen Meridiane mit einem System von perfekt miteinander verbundenen Flüssen und Kanälen, in welchem LG und KG wie zwei Stauseen wirken, die überschüssiges Wasser aufnehmen können, aber auch - bei Bedarf - wieder an das Kanalsystem abgeben können. Die **Kardinalpunkte Dü 3 und Lu 7** können therapeutisch verwendet werden, um die Energie aus den beiden „Speichergefäßen“ KG und LG in das Kanalsystem der klassischen zwölf Meridiane zu dirigieren; und zwar ist:

- **Dü 3** = Kardinalpunkt Lenkergefäß
- **Lu 7** = Kardinalpunkt Konzeptionsgefäß

Interessanterweise benutzte *Callahan* bereits in den frühen 80er Jahren den Punkt Dü 3 bilateral zur Behandlung des „Psychological Reversal“, das offensichtlich sehr eng mit „Switching“ verwandt ist.

#### b) KG/LG, Yin/Yang und Dominanz

Gibt es einen Zusammenhang zwischen LG/KG und der Hemisphärendominanz?

Vom amerikanischen Diplomaten John Brimhall habe ich auf einem Video gehört, daß folgende Zuordnungen bestehen:

**LG:** verläuft über den Rücken      ↔      Yang      ↔      männlich und eher der dominanten Seite  
**KG:** auf der Körpervorderseite      ↔      Yin      ↔      weiblich und eher der nicht-dominanten Seite

Diese Zuordnungen wurden im wesentlichen von J. Gleditsch bestätigt.

#### c) KG/LG in der klassischen AK

In der AK verwenden wir bisher folgende Eigenschaften von LG und KG:

##### • Träger der Alarmpunkte:

- KG 3** = Blase
- KG 4** = Dünndarm
- KG 5** = „unterer Alarmpunkt 3E mit gleichzeitigem Bezug zu den Reproduktionsorganen“
- KG 12** = Magen
- KG 14** = Herz
- KG 17** = KS und Oberer 3E

#### Warum sind nur diese Alarmpunkte auf dem KG?

- Der **Punkt KG 2** (Oberrand Symphyse) ist sozusagen ein „Hilfsalarmpunkt“ für den gesamten Unterleibsbereich; siehe auch die Fülle von NL-Punkten in dieser Region!

• **Nabel = KG 8**

Der Nabel wurde - bei gleichzeitig positiver TL zu Ni 27 rechts/links - früh als ein „Switching-TL-Punkt (Abkürzung **STP**) in der AK-Testung verwendet. Leider wurde seine Rolle als erste und einzige gemeinsame Narbe aller Menschen - und damit eventuell entscheidendes Störfeld im Sinne der Herdlehre - in den englischsprachigen Lehrbüchern bis heute nicht erwähnt. Demzufolge hat auch kaum ein nicht-deutschsprachiger ICAK-Diplomate jemals den Nabel alleine - also ohne gleichzeitige TL zu Ni 27 re/li - überprüft.

George Goodheart nickte zustimmend, als ich ihn während meines Vortrages „*Functional Neurological Dysorganisation - Therapeutic Switching*“ während der ICAK Conference in München 1997 darauf ansprach.

Hieraus folgt logisch als empfohlene Vorgehensweise zur Untersuchung von Switching mit TL die in den IMAK- und ICAK-D-Kursunterlagen und bei Gerz beschriebene Vorgehensweise. Wenn der Nabel als Narbe im Verlauf des KG den Energiefluß speziell in diesem Meridian stören kann, so gilt das genauso für jede andere Narbe im Verlauf von KG/LG.

**An dieser Stelle sei dringend empfohlen, sich insbesondere bei der Narbenstörfeld- Untersuchung LG und KG als zusammengehörendes „Zentralgefäß in der Körper-Mittellinie“ vorzustellen.**

Dies bedeutet: bei jedem Switching-Fall muß jedes Narbenstörfeld in der Medianlinie mit einfacher und/oder Doppel-TL untersucht - und falls positiv möglichst als erstes behandelt werden. Die häufigsten Narben stammen von: Unterleibsoperationen inkl. Sectio, Magen- und anderen Bauchoperationen, Herzoperationen, Thyreoidektomie, intraoralen Operationen v.a. im Frontzahnbereich inkl. Frenulum; Nasenbeinfrakturen und Septumkorrekturen, Kopfnarben, Narben nach Nukleotomien und sonstigen Pathologien im Bereich von Wirbelsäule und Sacrum/Coccygeum; nicht zu vergessen das Störfeld nach Episiotomie (Untersuchung und Behandlung nach Tambe).

**Beachte: die goldene Regel der Neuraltherapie, daß jede Narbe potentiell jede Störung verursachen kann, gilt natürlich weiter!**

### 3. Wann ist grundsätzlich an Switching zu denken?

- Denke an verdeckte Switching-Formen, wenn kein „Switching in the clear“ besteht, aber ein Widerspruch zwischen AK-Test und Klinik
- Therapieresistenz oder Verschlimmerung trotz offenkundig sinnvoller AK-Testung
- Denke vor allem daran bei Wechsel zwischen Hypertonus, Normotonus und Schwäche

## III. MERIDIANSYSTEM, MUSKULATUR UND STRESS

### 1. Regelkreis Leber/Gallenblase

Die Muskulatur ist primär auf jeden Fall dem Le/Gb-Regelkreis zuzuordnen. *Gleditsch* hebt unter anderem hervor, daß der Muskel nicht nur ausführendes Organ ist, sondern in hohem Maße auch in der Lage sein muß, Sinneseindrücke zu liefern und zu verarbeiten. Auch Glaser, Begründer der Eutonie, habe immer wieder auf die Wichtigkeit des Muskels für die Kommunikation hingewiesen! Den Zusammenhang des Regelkreises mit dem Auge stellt *Gleditsch* wunderschön bildlich dar: wenn man sich vorstellt, mit welcher Präzision wir im mikroskopischen Bereich arbeiten können - und gleichzeitig, mit welcher grober Kraft wir - wenn es die Situation erfordert - bei schwerer körperlicher Arbeit oder sogar im Kampf muskulär tätig sind. Die Muskulatur hat also insgesamt eine riesige Kapazität, situativ zu arbeiten - und dies entspricht dem Regelkreis Le/Gb!

### 2. Das Feuelement und Selye

**a) Die große Frage ist, wie das Meridiansystem und das normale physiologisch-anatomische System in Bezug auf die Streßadaptation zusammenhängen.**

Aufgrund der Beschäftigung mit der Akupunkturlehre, so wie sie bisher in der AK publiziert wurde, der klassischen Meridianlehre, meinen Praxiserfahrungen und in den Gesprächen mit Jochen *Gleditsch* hat sich für mich folgende Denkweise durchgesetzt: Die wichtigsten Organe, die nach Selye mit Stress assoziiert sind, sind von oben nach unten Thymus, Magen und die Nebennieren.

**Der Thymus** ist sicher zusammen mit der Schilddrüse als Hormonorgan dem oberen 3E zuzuordnen.

**Der Magen** ist sicherlich zusammen mit dem Solarplexus eher dem mittleren 3E zuzuordnen. Diese Situation zeigt sich auch am Ohr, wo nach Nogier die Punkte für den Solarplexus und Magen ganz nahe in der Nähe des Punktes 0 zusammen liegen.

**Die Nebennieren** sind wohl dem unteren 3E zuzuordnen (bestätigt von *Gleditsch*).

Die Frage ist aber: Was ist mit den „unteren“ hormonellen Organen? Sind Eierstöcke, Prostata etc. ebenfalls dem unteren 3E oder dem Kreislauf-Sex-Meridian zugeordnet - oder beiden?

### Wie sind die Muskelzuordnungen der Hormonorgane in der AK?

#### b) Aufschlußreich ist die Betrachtung der Alarmpunkte der Meridiane 3E und KS

Während für den KS in der klassischen Akupunktur nur der Punkt KG 17 angegeben ist, sind für die drei Etagen des 3E nach klassischer Lehre drei Akupunkturpunkte relevant, nämlich von oben nach unten ebenfalls wieder der KG 17 sowie KG 12 und KG 7.

**Als übergreifender Alarmpunkt für alle 3 Etagen dient KG 5!** Hier nun ist interessant, daß die AK-Literatur immer schon KG 5 als „Alarmpunkt des 3E mit gleichzeitigem Bezug zu den Reproduktionsorganen“ angegeben hat.

Zur Bezeichnung „Kreislauf/Sex“ übrigens haben wir in den Gesprächen mit Jochen Gleditsch erfahren, daß diese Bezeichnung erst in der Nachkriegszeit in Frankreich geprägt wurde, und eigentlich nur die dortige Interpretation des chinesischen Namens „Xinzhu“ darstellt.

Auch die andere deutschsprachige Bezeichnung „Perikard“ ist etwas irreführend, da sie eine anatomische Struktur mit einem Meridiangefäß assoziiert, ohne daß ganz offensichtlich die Chinesen daran gedacht haben.

Gleditsch u.a. übersetzen das Wort mit „Mauer des Herzens“ ; er selbst findet aber jetzt die Bezeichnung „Beschützer des Herzens“ (*Worsley*) noch besser geeignet.

Das Feuerelement besteht aus vier Meridiansystemen; neben 3E und KS gehören dazu noch Herz und Dünndarm. Hier ist die Verbindung zur westlichen Denkweise auffällig: als Stichworte seien „Herzinfarkt als Stressfolge“ und die Assoziation „Dünndarm/darmassoziiertes Immunsystem“ genannt.

**Frage also: Welches Element hat mehr mit der Stress-Adaptation und ihrer Auswirkung auf das hormonelle System, den Hypertonus der Muskulatur wie auch der Hyperergie der Immunologie zu tun als das Feuerelement?**

### 3. Der Muskel und Stress

Eine hervorragende Literaturübersicht findet sich bei *Chaitow* (v.a. „*Soft tissue distress*“ und „*Patterns of function and dysfunction*“). Offensichtlich korreliert er in Übereinstimmung mit vielen anderen anerkannten Autoren aus der Chiropraktik, Osteopathie und Manuellen Medizin eine Reihe muskulärer Veränderungen mit Stress.

In der AK-Literatur ist dieser Zusammenhang, ausgehend von den deutschsprachigen Ländern, in Europa weitgehend akzeptiert - wenn auch mit unterschiedlicher Nomenklatur:

<i>Garten</i>	„Hyperreaktiv“
<i>Gerz und Farkas/Gerz</i>	„Hyperton“
<i>Shafer</i>	„Hyperfacilitated“
<i>Stossier</i>	„Hyperton“

*Goodheart* selbst hat in „*You'll be better*“, *Chapter 6, page 7* den zum Hypertonus führenden Mechanismus beschrieben - und auf persönliche Anfrage von mir auch mitgeteilt, daß er die erste Beobachtung von Hypertonus bereits in den frühen 70er-Jahren durch energetische Korrektur über den 3E angegangen hat.

Der ersten Beschreibung des Superchallenge (SC) lag eine „zufällige“ TL zu 3E 3 zu Grunde! (*Gerz*)

Von *Gleditsch* stammt die Aussage: „Ich habe den Eindruck, daß die Muskulatur seit etwa 10 Jahren zunehmend spinnt!“

Die amerikanischen Diplomates dagegen haben noch ihre Schwierigkeiten damit, die Tatsache des mit dem Selye'schen Stress-Adaptationsmodell assoziierten hypertonen Muskels zu akzeptieren - trotz aller Versuche insbesondere des Autors selbst. Dies ist besonders eigenartig angesichts der Tatsache, daß *Goodheart* und *Walther* sehr wohl in Wort und Schrift schon sehr früh über den „hypertonic muscle“ geschrieben haben (*siehe bei Gerz, Seite 26 ff*).

*Goodheart* hat auch Selye's Arbeiten immer als eine der Grundlagen der AK bezeichnet - nur bei der Akzeptanz des hypertonen Muskels und seiner Signifikanz in der heutigen Zeit hapert's.

**Ob wohl der Hauptgrund darin liegt, daß die systematische Beschreibung nicht aus USA kommt?**

## IV. ERGEBNISSE UND KONSEQUENZEN

**Vorbemerkung:** „Positive TL“ kann grundsätzlich immer sein

- Schwächung aus dem Normotonus (w)
- Schwächung aus dem Hypertonus (SC)
- Normotonus ausgehend von Schwäche oder Hypertonus (NC)
- Hypertonus aus der Schwäche oder dem Normotonus (HC)

**Wir behandeln - mit Nadel, Acupatch, Laser oder Akupressur - ausschließlich Akupunkturpunkte, die schwächen (w oder SC) oder NC sind.**

**Alle Punkte mit HC sind diagnostisch wichtig, aber nicht zu behandeln!**

### 1. Dü 3 und Lu 7

Im Verlauf der letzten anderthalb Jahre hatten wir mit verschiedensten Ansätzen, unter anderem auch Dü 3 und Lu 7, bei schwierigen Switchingfällen experimentiert; dies wurde bereits früher beschrieben. Leider ist das Ganze äußerst zeit- und energieaufwendig, da das Ergebnis jedes einzelnen Challenge bzw. TL gegen alle STP and natürlich auch jeder starke Muskel jeweils auf Normo/Hypertonus geprüft werden muß.

Der Ansatz war: bei irgendeiner positiven STP wurde überprüft, ob diese TL durch gleichzeitige TL zu **Dü 3 bilateral** oder **Lu 7 bilateral** aufhebbar war. Die Ergebnisse waren nicht konstant; manchmal war die TL aufhebbar und manchmal nicht, ohne daß irgendein Muster erkennbar war.

Die entscheidende Antwort kam „zufällig“, als wir einige schwierige Patienten zusammen mit *Jochen Gleditsch* untersuchen konnten. Er erzählte uns, daß er seit Jahren mit dem Dü 3-Areal experimentiert habe und dieses Gebiet seiner Meinung nach eine weitere Somatotopie darstelle, deren Punkte er in vielen Fällen bei schwierigen Patienten erfolgreich eingesetzt habe.

Eine seiner interessanten Beobachtungen war gewesen, daß jeweils die rechte und linke Seite palpatorisch unterschiedlich sind - und daß die empfindlichere Seite meist die war, die mit der Symptomatik des Patienten in Bezug stand und mit Erfolg genadelt wurde.

**Also nur eine Seite!!**

Als wir ihn daraufhin baten, bei 4 schwierigen Patienten den kritischen Dü 3 mit seiner „Very-Point-Methode“ zu suchen und zu nadeln, hob dies bei allen vier Patienten mit schwierigem Switching an diesem Vormittag jegliche STP auf!!

**Aber: bei allen 4 Patienten war es Dü 3 rechts!! „Why was that?“ (Goodheart)**

Und: Was ist mit Lu 7?? (Zur Wiederholung: Dü 3 + Lu 7 sind die Kardinalpunkte von LG und KG!).

Es zeigte sich, daß tatsächlich Lu 7 bei allen Patienten palpatorisch positiv war - und zwar kontralateral zu Dü 3, also links!

**Und: unsere 4 gemeinsamen Patienten waren alle Rechtshänder!!**

Nach über 6 Monaten Überprüfung in sicher mehr als 100 Fällen können wir (*Eppler/Gerz*) sagen:

**In vielen Switching/Hypertonusfällen zeigen Dü 3 und/oder Lu 7 eine positive TL: in praktisch allen Fällen Dü 3 nur auf der Seite der Händigkeit, Lu 7 kontralateral** (wobei Lu 7 seltener eine positive TL hat als Dü 3).

**Fallbeispiel K-W.:** Die Nagelprobe war eine etwa 50jährige Kiefergelenkspatientin, bei der nach erfolgreicher COPA-Therapie eine sehr schwierige prothetische Neuversorgung anstand. Es kam dabei zu plötzlichen Beschwerden im Fuß- und SIG-Bereich sowie auch bisher unbekanntem Schmerzen im Temporalisbereich re; im AK-Test eindeutig Switching. Von den „heißen Punkten“ zeigten sich KG 21,5 (siehe unten!) sowie Lu 7 re und Dü 3 li positiv und wurden mit sehr gutem Erfolg genadelt.

Bei genauerer Nachfrage stellte sich heraus, daß **die Patientin sich zwar als Rechtshänderin fühle - als Kind aber eigentlich Linkshänderin gewesen war und, wie früher üblich, relativ gewaltsam auf rechts umtrainiert worden war!!**

**Das klassische Muster also ist Dü 3 re und Lu 7 li beim Rechtshänder - und umgekehrt Dü 3 links und Lu 7 re beim Linkshänder!**

Ausnahmen kommen vor:

- Nur TL zu Dü 3 auf der Seite der Händigkeit ohne positive TL zu Lu 7 auf der anderen Seite
- Nur TL zu Lu 7 auf der nicht-händigen Seite ohne TL zu Dü 3 auf der anderen Seite (seltener)
- TL zu entweder Dü 3 oder Lu 7 bds. (selten)

Was hatten wir in der AK mit der bisher gelehrt und praktizierten beidseitigen und gleichzeitigen TL zu Dü 3 falsch gemacht? Wahrscheinlich war der Fehler meist

- entweder mit der TL nicht den genauen Irritationspunkt im Dü 3-Areal zu treffen oder/und
- mit einem eventuellen Doppel-TL-Phänomen die in Wirklichkeit nur einseitig positive TL zu Dü 3 wieder aufzuheben

## 2. KG 21.5

Gleditsch findet über diesen Punkt, der in der Mitte zwischen KG 21 und KG 22 und „zufällig“ genau da liegt, wo wir in der AK die Thymus-TL machen, eine äußerst positive Beeinflussung im Sinne einer Relaxation und Harmonisierung der Mundbodenmuskulatur.

Wir können dies bestätigen!

Die Differentialdiagnose zur Thymus-TL ist einfach: läßt sich die TL durch Zink und/oder Kupfer und/oder Thymus-assoziierte Präparate vollständig aufheben, so ist es wohl eher eine Thymus-TL; andernfalls wird akupunktiert (Nadel, Dauernadel, Akupatch).

Macht es klinisch Sinn, kann man natürlich beides kombinieren (so z.B. bei obigem Fallbeispiel K-W, wo zusätzlich seit Jahren, ausgehend von einer alten Amalgamproblematik mit immer wieder erhöhten DMPS-Werten für Hg, sowohl Cu als auch Zn im Vollblut erniedrigt sind und immer wieder gemäß Testung substituiert werden).

Wir haben in den letzten Monaten herausgefunden, daß der KG 21,5 ein sehr wichtiger, elegant einzusetzender Akupunkturpunkt ist - wenn er mit entsprechend eindeutiger TL positiv testet.

## 3. Die Verbindung zur Manuellen Medizin

Durch einige PatientInnen mit immer wiederkehrenden „Gait-Problemen“, meist im Zusammenhang mit Kiefergelenks- und HWS-Diagnosen, haben sich folgende Fragestellungen aufgedrängt:

**Ist es Zufall, daß**

- gerade die Punkte Ni 27 bds. zusammen mit dem Nabel mit Switching verbunden sind
- Ni 27 dem Ansatz des SCM entspricht, der wiederum direkt für Gait und TMJ ein entscheidender Muskel ist
- der SCM die wichtigste anteriore Verbindung zwischen Cranium und Sternum darstellt
- die Behandlung der Sternum-Dysfunktion nach Tambe so hervorragende Ergebnisse liefert
- KG 21.5 praktisch genau der Mitte zwischen beiden Sternoclaviculargelenken entspricht
- über KG 21.5 die Mundbodenmuskulatur (Hyoid!!) reguliert werden kann
- die Kardinalpunkte Dü 3 und Lu 7 offensichtlich mit der Händigkeit zu tun haben
- die auf dem KG liegenden Alarmpunkte fast exklusiv mit dem Feuerelement und Stress (Magen/KG 12) verbunden sind - mit der Ausnahme des Blasenmeridians, der die Wirbelsäule regiert
- genau der Blasenmeridian aber mit dem Nierenmeridian gekoppelt ist, der als einziger Meridian einen Anfangspunkt an der Fußsohle hat (Gait!) und als Endpunkt Niere 27 ???????????????

Die Antwort ist offenkundig. Was aber bedeutet das?

Unseres Erachtens nichts anderes als die Tatsache, als daß über diese Strukturen und Regelkreise der direkte Zusammenhang zwischen dem Meridiansystem, dem Cranio-Sternal-Sacralen System, dem Selye'schen Adaptationssystem, dem Hormonsystem und Switching läuft - und somit im guten wie im schlechten Sinn beeinflussbar ist.

Ein Prioritätensystem ist leider bisher nicht erkennbar. Zu sehr sind die Regelsysteme miteinander vernetzt; zu mannigfaltig die Störeinflüsse je nach Klinik und Anamnese.

#### 4. Konsequenz für die AK-Untersuchung

Für die Untersuchung mit AK ist eine Konsequenz offenkundig:

**Bei hypertoner Muskulatur, bei Verdacht auf Switching, bei unlogischen oder therapieresistenten oder rezidivierenden Befunden aus diesen Bereichen sind als erstes alle möglichen Störfaktoren, die diese Regelkreissysteme belasten könnten, zu untersuchen und zu beseitigen!**

##### a) Uhren, Ringe, Schmuck etc. (URS)

Hier sind die bisherigen Vorgehensweisen in der AK zu überdenken; siehe hierzu den Artikel in MJAK 6. 2/1999 (Gerz).

##### b) Immunscreening

Hier bleibt die bisherige Vorgehensweise im Prinzip bestehen, muß aber direkt mit den STP- und KG/LG-Punkten getestet werden. Es wird dringend auf die entsprechend geänderten AK-Kurse M/A, AK 1 und AK 2 bzw. STRAT verwiesen (siehe Ausbildungsprogramme von IMAK und ICAK-D)

##### c) Parasitosen und Phytotherapie

Gemäß *Fonk* vergessen wir wohl viel zu oft, nach parasitären Belastungen zu forschen. *Burtscher* und *Lintner* haben dies aufgegriffen und auch für die Testung mit AK bestätigen können sowie zusätzlich auch die Wichtigkeit von Impfbelastungen beschrieben.

Die Therapie erfolgt gemäß AK-Testung mit Homöopathika, Phytotherapeutika und - wenn sie gut testen (NC!) - Allopathika (Vermox®/ Panhelmin®, Helmex®, Combantrin®, Metronidazol usw.)

##### d) Weitere wichtige Akupunkturpunkte

Gleichzeitig haben in den letzten beiden Jahren die österreichischen Kollegen *Eugen Burtscher* und *Toni Suntinger* die Akupunktur mit AK erheblich vorangebracht.

Bei der Überprüfung ihrer Angaben haben wir gefunden, daß sich eine Art Hierarchie bei hypertonen/geswitchten Patienten zeigt; im Wesentlichen finden sich neben den bisher genannten Punkten die nach den Regeln der Fünf-Elementen-Lehre indizierten antiken Punkte.

**Achtung: sehr häufig sind diese Punkte nur einseitig mit TL als NC zu finden und auch entsprechend zu behandeln.**

Als Ergänzung empfiehlt sich auch hier die Phytotherapie samt den verschiedensten Verhaltensmaßregeln inkl. Ernährungsempfehlungen der TCM; Interessenten ist dringend der Kurs „AK-Meridiansysteme/Akupunktur“ von IMAK und ICAK-D zu empfehlen!

**Abschließend** hoffe ich, daß wir alle gemeinsam in den nächsten Monaten durch die Arbeit mit unseren Patienten zum Einen die bisher gefundenen Zusammenhänge kritisch überprüfen und hoffentlich weiter ausbauen können. Hierzu bitte ich um Kommentare und kritische Stellungnahmen!

##### **Merke: What exists persists - and what persists exists (Goodheart)**

Ich danke Monika Eppler, Jochen Gleditsch, Eugen Burtscher und Toni Suntinger für die tolle Kooperation während der letzten Monate; ohne sie wäre dieser Artikel nicht möglich gewesen!

Verfasser: Wolfgang Gerz, Arzt, Diplomate ICAK, Sommer 1999

## LITERATUR

- Burtscher, E.: Kursunterlagen Bezau 1999/AKSE  
*Applied Kinesiology und Immunologie*; MJAK 2. 10/1997
- Callahan, R.: *Five Minute Phobia Cure*; Enterprise Pub; 1985
- Chaitow, L.: *Muscle Energy Techniques*; Churchill Livingstone; 1996  
*Positional Release Techniques*; Churchill Livingstone; 1996  
*Neuromuscular Technique*; Churchill Livingstone; 1996
- Eppler, M.: Kursunterlagen Bezau 1999/AKSE
- Eppler, M. & Gerz, W.: *Switching: Neurologische oder Nicht-Neurologische Dysorganisation?*; MJAK 4. 6/1998
- Farkas, J.: *More on Superchallenge - Getting accurate information from patients*; ICAK-Europe Collected Papers 1992/AKSE
- Garten, H.: Diverse Artikel; VKM
- Gerz, W.: *Superchallenge*; ICAK-Europe Collected Papers 1992/AKSE  
*Lehrbuch der Applied Kinesiology in der naturheilkundlichen Praxis*; AKSE 1996  
*Functional Neurological Dysorganisation - Therapeutic Switching*; Vortrag ICAK Conference München/Mai 1997; publ. in MJAK 1. 5/1997  
*Neues zur AK-Testung von Uhren, Ringen, Schmuck etc.*; MJAK 6. 2/1999
- Gerz, W. & Farkas, J.: *From Superchallenge to Modern Allergy, Focus and Medicine Testing or weak - normotonic - hypertonic: 3 ways in which a muscle may test*; ICAK Collected Papers 1993/AKSE
- Fonk, I.: *Darm-Parasitose - die zentrale Immunstörung*; ML-Verlag; 1992
- Gleditsch, J.: Persönliche Kommunikation 1998/1999  
*Mundakupunktur*; 2. Auflage, WBV; 1981  
*Akupunktur in der HNO*; Hippokrates; 1997
- Goodheart, G.: *You'll Be Better*; AK Printing, Geneva, Ohio/AKSE
- Kropej, H.: *Propädeutik der chinesischen Akupunktur*; Haug-Verlag; 1977
- Leaf, D.: *Applied Kinesiology Flowchart Manual*; 3rd Edition, privately published/AKSE
- Lintner, W./Burtscher, E.: *Integration der Parasitologie in das AK-Immunscreening*; MJAK 4. 6/1998
- Shafer, J.: Diverse Artikel; ICAK-E and ICAK-UK Collected Papers/AKSE
- Stossier, H.: *Generalized Hypertonicity - Candida albicans and other possible causes with therapeutic consequences*; MJAK 2. 10/1997
- Suntinger, A.: Kursunterlagen Bezau 1999/AKSE
- També, I.: *Die Rolle des Sternum in der Craniosacralen Therapie*/AKSE
- Walther, D.: *Applied Kinesiology Synopsis*; Systems DC, Pueblo, Colorado/USA; 1988
- Worsley, J.R.: *Was ist Akupunktur - Gesundheit für den ganzen Menschen*; Ryvellus; 1994