

IRT

Imaginatives Resonanz Training

nach Paul Meyer B. Sc.

Körpersymptom-orientierte Selbstheilung über die Vorstellung

Mit ausführlichen praktischen Übungsbeispielen

Mit einer wissenschaftlichen Einführung von

Prof. Dr. med. Konrad Maurer

IRT-Kurs

1. Wissenschaftliche Einführung

1.1 IRT und andere imaginative Psychotherapieverfahren

1.2 Imagination und Gehirn

1.3 Das Körperschema (Teil I): Wie wir unseren Körper wahrnehmen

1.4 Körperschema (Teil II): Wie sich körperliche Beschwerden im Gehirn verankern

1.5 IRT – Heilung durch Wiederherstellung des normalen Körperbildes

1.6 Spiegelzellen – oder warum es wichtig ist, die Augen geöffnet zu halten

I. Praktische Einführung in die Anwendung der IRT

II. SPEZIELLER TEIL: ÜBUNGSANLEITUNGEN

Hände / Arme

Oberkörper

Kopf, Gesicht, Augen, Zähne, Ohren

Nacken / Halswirbelsäule

Füße/Beine

Körpervorderseite

Beeinflussung negativer Emotionen

III. ANHANG: Eine kleine Hirnkunde

I. Statt einer Einleitung: wie alles begann

An einem trüben Dezembertag 1990 ging ich zum Mittagessen in die kleine Kantine der Maschinenfabrik, bei der ich Berater war, ahnungslos, dass mir eine überraschende Erfahrung bevorstand, die für mein und anderer späteres Leben richtungsweisend werden sollte.

Eine Mitarbeiterin dort, Frau R. hatte monatelang gefehlt und erschien jetzt mit ihrem rechten Arm in einer Schlinge. Sie erzählte mir, sie sei vor sechs Monaten am rechten Handgelenk operiert worden, konnte aber trotz zwischenzeitlicher Krankengymnastik die Hand immer noch nicht schließen und Dinge festhalten. Wir hatten uns immer gut verstanden und so kam mir auf Grund meiner Erfahrung mit Meditation und beruflich bedingter Vorstellungsarbeit die Idee, mit der Vorstellung in Lebensgröße bei offenen Augen mit ihr zu experimentieren.

Sie willigte ein und ich bat ich sie, mit einer nur vorgestellten rechten Hand zur Seite des Tisches hinzugreifen, auf dem die Kasse stand. Etwas überrascht tat sie dieses und konnte damit die Tischkante fühlen und die vorgestellte Hand auch im Geiste sehen: Daumen obendrauf, Finger untendrunter, mitsamt der Operationsnarbe und den Versteifungen.

Dann wollte ich wissen, wie weit sie die vorgestellte Hand nun schließen könne. Sie konnte das genügend, um die Kante zu umfassen, was sie zu überraschen schien. Dann bat ich sie, mit der vorgestellten Hand – woran man ja nichts kaputt machen könnte – auf die Tischkante zuzugreifen. Obwohl sie das mit der wirklichen Hand nicht konnte, ging es mit der vorgestellten!



Sie berichtete darauf erstaunt, dass die Hand, speziell die Operationsnarbe, zu kribbeln anfing und warm wurde was sich den Arm hinauf ausbreitete. Sobald das nicht weiter ging, bat ich sie, den Griff loszulassen und sie berichtete eine Verstärkung dieser Wirkungen, ausgehend von den Fingerspitzen, die gegen die Unterseite der Tischplatte eingedrückt gewesen waren. Für einen sauberen Abschluss bat ich sie, die vorgestellte Hand in die wirkliche hineinzubewegen und deren Auflösung dort zu spüren.

Frau R. berichtete, dass die wirkliche Hand, ohne überhaupt bewegt zu werden, die Sensationen der vorgestellten Hand mitgemacht hätte und dass jetzt ein Kribbeln und ein Arbeiten mit Wärme in der Hand vor sich ging: Die Operationsnarbe sei sogar heiß!

Eine zweite solche Aktion mit einer neuen vorgestellten Hand intensivierte das von ihr berichtete Kribbeln, Wärmegefühl etc. in der wirklichen Hand, die jetzt sehr belebt war.

Daraufhin nahm sie die Hand zur Inspektion aus der Schlinge und zu ihrem und meinem Erstaunen konnte sie die Hand schließen, was seit der Operation nicht möglich gewesen war!

Mir wurde klar, dass wir in diesen knapp fünf Minuten einem neuen Phänomen auf die Spur gekommen waren. Dabei war der wesentliche Unterschied zur psychotherapeutischen Vorstellungsarbeit, dass die Augen offen waren, und der in Lebensgröße vorgestellte Körperteil mit der angeschauten wirklichen Umgebung in aktiven Bezug gesetzt wurde.

Das war es, was diese starken Heilphänomene hervorgebracht hatte!

Die unmittelbare Erfahrung des Vorfalls ließ mich nun nicht los und ich war auf der Lauer für ähnliche Fälle: War vielleicht Frau R. eine Ausnahmebegabung gewesen?

Eine Gelegenheit ergab sich sehr bald:

Ich brauchte für meinen Wagen einen Kundendienst und stellte dabei fest, dass der KFZ - Meister auch eine rechte Hand in einer Schlinge trug. Er hatte bei einem Arbeitsunfall einen Schraubenzieher durch die Hand gestochen bekommen mit einem Bruch des Mittelhandknochens. Auch er konnte, nach erfolgter Heilung, die Hand nicht richtig schließen bzw. keine Kraft aufbringen, um z. B. einen Schraubenzieher zu halten.

Ich ging ihn also gleich an mit dem Versuch, diese Übung in der Vorstellung für seine beschädigte rechte Hand anzuwenden. Nach meiner Schilderung des Vorfalls war er gleich einverstanden. Also machten wir in seinem Büro dieselben Übungen wie in der Kantine, adaptiert auf die Stelle, wo bei ihm die Narbe war.

Wieder ergaben sich ganz ähnliche Phänomene und er konnte nach ungefähr 20 Minuten dieser Übungen, verbracht mit Zyklen von „Hinlangen, Zugreifen, Loslassen und Hinein“ der vorgestellten Hand, jetzt auch seine wirkliche Hand schließen. Er konnte auch einen Schraubenzieher halten, obzwar noch ohne volle Kraft. Wie in dem Fall von Frau R. in der Fabrik riet ich ihm, diese Übungen in Eigenregie fortzuführen Die schriftliche Bestätigung der obigen Tatsachen mit folgender vollen Heilung, datiert von April 1993, liegt vor.

Die Mitarbeiterin der Kantine traf ich erst 6 Monate später zufällig wieder und sie demonstrierte mir mit kräftigem Handgriff ihre komplette Wiederherstellung, die nach kurzer Zeit mit Eigenübungen eingetreten sei. Dem Operateur war das unverständlich: Er wäre bereit gewesen, ihr eine 50% Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu bescheinigen, wofür sie eine Rente erhalten hätte. Sie bestätigte mir den Vorgang, samt der ihr viel wichtigeren, medizinisch total unerwarteten Gesundung ihrer Hand, schriftlich mit Datum vom 11. 11.1992.

Obiges bezog sich also auf Unfall- und Operationsfolgen bei gesunden Erwachsenen.

Zu meiner Überraschung gingen die Erfahrungen aber weiter mit der Selbstheilung von Durchblutungsstörungen, offenen Beinen und Gangrän bei älteren Menschen!

Im Juni 1992 war ich zu einer Geburtstagsparty eingeladen im Hause der Eltern von 3 Mitarbeitern der Firma in dem Dorf, wo ich auch meine angemietete Firmenwohnung hatte.

Nach dem Geburtstagskaffee ergab es sich, dass alle Anwesenden außer der unbeweglich, mit verbundenen, ausgestreckten Beinen in ihrem Fernsehsessel sitzende Mutter, zur Probefahrt des neuen Autos eines der Familienmitglieder heraus gingen. Die damals 72-jährige hatte bislang, in ihrer Schwäche und Apathie, kaum an den Feierlichkeiten teilnehmen können und mir ergab sich das Problem, wovüber ich mich mit ihr unterhalten könnte. Also beschloss ich, die Vorstellungsübungen auszuprobieren, was wir bis zur Rückkunft der anderen Gäste, etwa 15 Minuten später, auch taten.

Darüber und über die Folgen lasse ich die Anwenderin selbst in Ihrem im Februar 1993 erstellten Erfahrungsbericht über alles Weitere zu Worte kommen:

2/1993



Ich, Anna K....., Runding, geb. 15.12.1921, war Anfang 1992 schwer an Bronchitis und Herzbeschwerden erkrankt.

Am 20. Juni 1992 besuchte mich Herr Meyer: Ich saß mit geschwollenen Beinen, schwer an Krampfadern leidend, im Lehnstuhl. An den Knöcheln waren die Beine offen, diese mussten hoch gelagert sein, um schon nach einigen Minuten eintretende schwere Schmerzen zu vermeiden. Ich konnte nicht mehr gehen und saß apathisch da. Zweimal in der Woche wurde ich zum Arzt gefahren. Behandlung durch Pillen und Salbe, Beine fest gewickelt und unterhalb der Knie blau bis schwarz. Hände und Füße andauernd kalt.

Herr Meyer brachte mich, anfangs mit einiger Mühe zum Klar-machen, dazu, die erste Übung mit den Händen auf der Lehne des Armsessels zu machen, erst mit einer, dann mit der anderen, dann mit beiden Händen, jeweils etwa 5-6 Aktionen.

Ich stellte schon bei der Übung mit der ersten Hand fest, dass diese warm und durchblutet wurde. Ich erreichte dieses schließlich für beide Hände und Arme und war sehr interessiert. Das hatte ich schon seit vielen Monaten nicht gehabt – die Hände waren immer kalt und schlecht durchblutet gewesen.

Nach wenigen Übungen für die Füße wurden diese auch wärmer.

Es handelte sich dabei um eine Adaption der Handübung von Kap. 1 für die Füße:

Zuerst den "Tatort", d.h. in dem Fall den Fußboden am Rande des Teppichs anschauen, dann den vorgestellten Fuß mit Bein dort erscheinen lassen, kurz gesagt "Hinlangen", dann mit dem Fuß auf den Boden "Drücken", den Druck dann "Loslassen" und schließlich das ganze vorgestellte Bein in das wirkliche "Hineinbewegen".

Es ergab sich als anfängliche Komplikation, dass Frau K. sich den Fuß und das Bein mitsamt des Verbandes und der dicken Strümpfe vorstellte, womit sie natürlich den Teppichrand nicht spüren konnte.

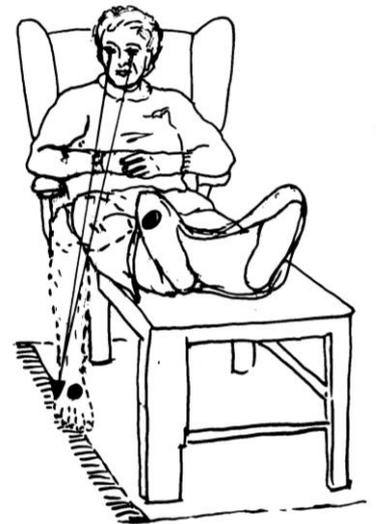
Erst nachdem ich ihr versichert hatte, dass ich ihre Vorstellung ja nicht sehen könnte, ließ sie den Fuß und das Bein unbekleidet dort erscheinen. Damit konnte auch ihr Tastgefühl dort, wo sie die ganze Zeit hinschaute, auf meine Anfrage hin wirksam werden, zusätzlich zu der visuellen Vorstellung.

Frau K. nahm danach an der Geburtstagsfeier mit lebhaftem Interesse teil und stand beim Abschied, zur Überraschung aller, einfach auf und begleitete mich zur Tür, ohne scheinbar Schmerzen zu empfinden. Vorher hatte sie schon starke Schmerzen erfahren, wenn sie ihre Unterbeine nur ganz kurz herunterhängen ließ!

Bis zum 11. Juli hatte ich mir aus eigenem Antrieb jeden Tag auf diese Weise die Hände warm gemacht bzw. warm gehalten und hatte auch mit den Füßen bzw. Beinen weiter geübt, vorgestellte Berührung mit dem Boden, Druck auf den Boden, nach der Formel: Hinlangen, zudrücken, loslassen, hinein.

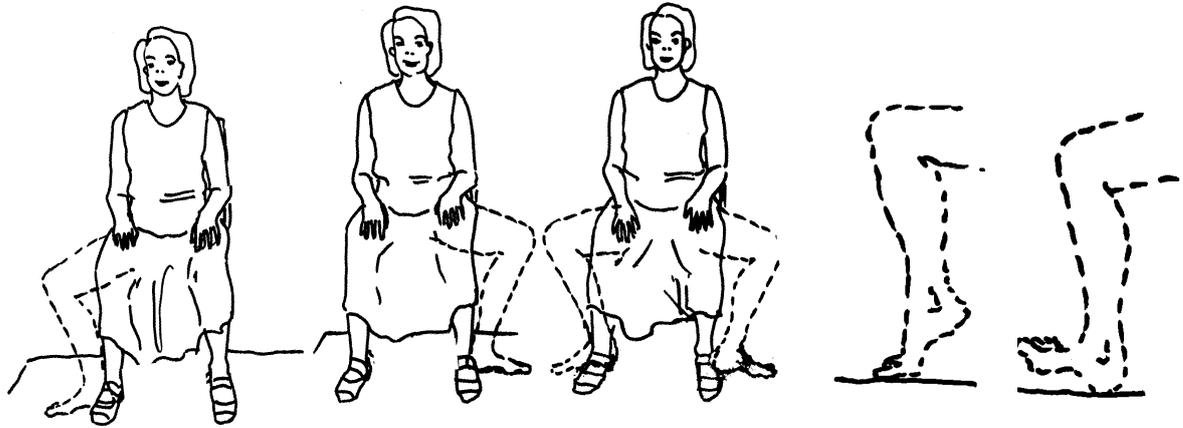
Dabei stellte ich mir Herrn Meyer, die Anleitungen gebend, vor, was ich nach der 2. Sitzung nicht mehr tat. Jedes Mal ergaben sich Fortschritte, die ich selbst hervorgebracht hatte!

Im Resultat waren die Wunden kleiner geworden, ein nicht unangenehmes "Heiljucken" war um die Wundränder zu spüren, und ich konnte im Haus und bis zum Gartentor gehen.

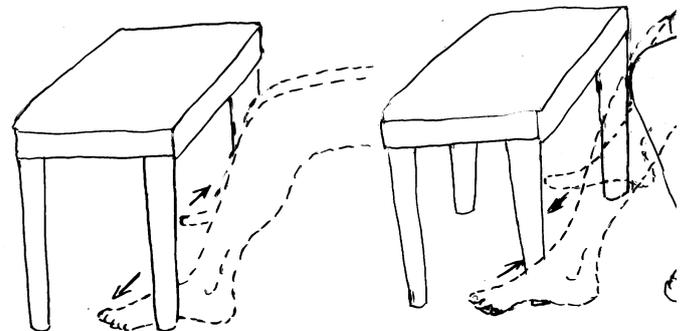


Am 11. Juli wurden in der zweiten Sitzung die Hand/Arm-Übungen schnell durchgemacht und mit den Beinen weitergehend geübt:

Erst eins, dann das zweite Bein neben das wirkliche auf den Boden gestellt, mit Drücken und Loslassen, auch auf Zehen und alternativ als Zwischenstufe auf die Fersen gestellt, unter Druck. Dann mit beiden Beinen gleichzeitig.



Als nächsten Schritt: Vorgestellte Beine zwischen die Beine eines vor meinem Sessel gestellten Schemels, vorgestellte Füße in Kontakt mit den dessen Beinen bringen und diese fühlen, mehrere Aktionen. Danach in der Vorstellung auseinander drücken meiner vorgestellten Füße gegen die Stuhlbeine, mehrere Aktionen.

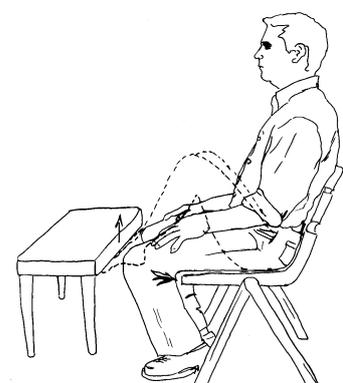


Entsprechende Aktionen, hinfühlen und zueinander drücken, mit vorgestellten Füßen außerhalb der Stuhlbeine. Nach anfänglichen Schwierigkeiten ging das auch mit Pressen der Füße und Unterschenkel gegen die Stuhlbeine, aber noch nicht mit den offenen Knöcheln.

Es gab kräftige, wenn auch erträgliche Reaktionen in den wirklichen Beinen, wie Prickeln "nach eingeschlafenen Gliedern", lokales "Stechen", spürbar verstärkte Durchblutung. Ich konnte die Beine mit den Unterschenkeln die ganze Zeit, etwa 45 Minuten, ohne Schmerzen hängen lassen. Sonst taten sie nach 3 Minuten weh. Zum Abschied begleitete ich Herrn Meyer bis zum Gartentor. Bis zu einem dritten Besuch am 27. Juli 1992 hatte ich fleißig weiter geübt, nur einige Tage unterbrochen durch eine Darmgrippe, wodurch ich mich zu nichts fähig fühlte.

Der Arzt war äußerst zufrieden und brauchte mich nur einmal in 2 Wochen zu sehen. Die Wundheilung schritt sehr gut voran und ich war schon zu den Nachbarn gegangen und sogar bis ans Ende der Straße (etwa 150 m) und zurück – ohne jegliche Schmerzen. Als ganz wichtig wurde die Verbesserung meines Gemütszustandes von mir selbst und meiner Familie empfunden. Ich hatte wieder Interesse am Leben und war am Tag vor dem dritten Besuch auf der Geburtstagsfeier meiner Schwester im Nebendorf gewesen.

Bei der dritten Sitzung am 27. Juli 1992, 21.15 bis 22.15 h Erweiterung der Übungen mit den Beinen durch vorgestelltes Hochnehmen auf einen Stuhl, Pressen auf den Sitz des



Stuhls, Hochnehmen unter den Stuhlsitz, Anhebedruck unter den Stuhlsitz, immer nach der obigen Formel. Das brachte starke Reaktionen in den Oberschenkeln und den Bauch- und Rückenmuskeln.

Nach telefonischer Anfrage von Herrn Meyer 2 Wochen später war ich immer mehr mobil, eine Wunde fast zugeheilt, die zweite auch besser, Verdauung besser. Ich übte fleißig weiter und war von meiner Selbsthilfe überzeugt und sehr zufrieden.

Die Unterschenkel und Füße hatten wieder eine normale, weiße Hautfarbe, obzwar noch mit sichtbaren Krampfadern.

Vom 28. Dezember 1992 habe ich wieder eine Bronchitis/Lungenentzündung mit Hospitalaufenthalt bis Mitte Januar durchgemacht. Ich fühle mich jetzt aber wieder so fit wie zuvor und meine Beine sind von dieser neuerlichen Krankheit nicht in Mitleidenschaft gezogen worden. Ich bin wieder aktiv, versee meinen Haushalt und kann gut gehen.

Unterschrift Anna K.....

Ich, Anneliese S..., bewohne mit meiner Familie die obere Etage im Haus meiner Eltern. Ich habe meiner Mutter jeden Tag die Beine verbunden, alle Arztbesuche mit ihr gemacht und die Vorgänge aus nächster Nähe beobachten können. Ich bestätige die Korrektheit der obigen Feststellungen. Unterschrift: Anneliese Sch.....17.2.1993

Fallbericht 2 : Phantomschmerz und Durchblutungsstörung nach Amputation 11/1992

Ich, B. v. P.-W. im September 1992 84 Jahre und 4 Monate alt, hatte Ende 1991 eine Operation wegen Prostata-Krebs im Münchener Hospital Harlaching und anschließend 18 Kobalt-Bestrahlungen.

Danach, wieder zu Hause in Rauenthal, Rheingau, musste ich mehrere Monate meist auf dem Sofa liegend verbringen und litt an schweren Durchblutungsstörungen an beiden Beinen. An einem Fuß ergab sich Gangrän der Zehen, die ganz schwarz wurden, so dass diese am 05.07.92 im St. Josefs-Hospital in Wiesbaden amputiert wurden. Im Krankenhaus – etwa ein oder zwei Wochen nach der Operation – besuchten mich als alte Freunde der Familie Paul und Gerty Meyer.

Im Gespräch über meine Schwierigkeiten schlug mir Paul Meyer vor, dass ich in meiner Vorstellung sowohl an dem (relativ) gesunden Fuß wie auch an dem operierten und nun schmerzhaften Fuß mit den Zehen die kühle, weißlackierte Metallstange am unteren Bett- rand ertasten sollte. Zweck der Vorstellungsübung wäre, festzustellen, ob und wie das die Phantomschmerzen und den Zustand insbesondere des operierten Fußes beeinflussen könnte.

Da ich nichts zu verlieren hatte, tat ich dies mehrmals, auch nachdem die Besucher gegangen waren, mit anfänglich totaler Skepsis. Da mir die Übung aber subjektiv gut tat, blieb ich dran.

Nach meiner Entlassung ergab sich bei Folgeuntersuchungen nicht nur, dass die Amputationswunde nicht zuheilte, sondern dass sich eine weitere gangränöse Stelle am Wundrand eingestellt hatte, so dass eine weitergehende Amputation in Aussicht gestellt wurde.

In einem Telefongespräch riet mir Herr Meyer, in meiner Vorstellung aggressiver mit den benachteiligten Körperteilen zu agieren, d. h. mit dem gerade operierten Fuß in der Vorstellung an Objekten in Körfernähe – z.B. an einem Tischbein - Druck auszuüben, diesen wieder loszulassen etc.

Er ermutigte mich mit dem Beispiel der 72jährigen Dame, deren offene Beine durch regelmäßiges Üben in dieser Art im Abheilen begriffen wären.

Ich tat dies auch mit einiger Selbstüberwindung. Meine subjektive Empfindung des Fußes verbesserte sich daraufhin und bei der nächsten Kontrolluntersuchung bekam ich die Nachricht, dass weitere Untersuchungen überflüssig waren.

Nichtsdestoweniger heilte die Amputationswunde, etwa 5 cm lang und 1 cm hoch, 11 Wochen lang einfach nicht zu. Ich war mit täglichen schmerzhaften Verbandwechseln durch meine liebe Frau sehr behindert und fühlte mich dementsprechend nicht sehr hoffnungsvoll.

Am 24. September besuchte mich Paul Meyer und ließ von 19.00 bis 20.20 Uhr Übungen mit vorgestellten Händen, Armen, Füßen und Beinen machen. Diese brachten eine unerwartet starke Belebung der Durchblutung in den Händen, Armen, Schultern, im Rücken, in den Beinen und Füßen.

Ich machte diese Übungen zweimal täglich. Am 26. September konnte ich Paul Meyer berichten, dass sich im Zuge einer Steigerung von Vitalität und Stimmung die Amputationswunde von 1 cm Dicke auf die Hälfte geschlossen hatte. An dem Tag übte Herr Meyer wieder von 19.00 bis 20.10 h mit mir diesen Ablauf, wobei sich eine immer weitergehende Detaillierung der Wahrnehmung von den obigen Körperteilen und deren entsprechende Belebung ergab. Ich übte zweimal täglich weiter, jeweils mit schrittweisem Erfolg und wachsendem Interesse.

Am 4.10.92. besuchte mich Herr Prof. Dr. Sch., Hautspezialist, Wiesbaden, und fotografierte die noch verbliebene Operationswunde.

Mitte Oktober fuhr ich, inzwischen wieder fähig Auto zu fahren, nach Wiesbaden und ließ die nun komplett zugeheilte Wunde dort fotografieren. Mit orthopädischen Schuhen bin ich jetzt wieder voll mobil und schmerzfrei und fühle mich generell sogar besser als vor meiner Prostata-Erkrankung

Seit Beginn der oben erwähnten Übungen stelle ich auch mit freudiger Überraschung fest, dass meine alljährliche herbstliche Bronchitis nicht mehr aufgetreten ist *Unterschrieben B. v. P-W*

Diese und weitere Erfahrungen brachten mich zur folgenden funktionellen Arbeitshypothese:

Ein normaler Körper funktioniert nach einem unsichtbaren Grundmuster (Feld) von Gesundheit, das mit diesem räumlich mehr oder weniger zusammenfällt. Bei Krankheiten, Unfallfolgen etc. wird das Grundmuster lokal von Störfeldern überlagert. Das in der Vorstellung nach Beschluss spontan in Körperrnähe erscheinende "Körperbild" zeigt das momentan wirkende Gesamtmuster, erfahrbar als Resultierende von beiden Feldern.

Nun gilt es, den Störfeldanteil aufzulösen.

Zu diesem Zweck sucht man diejenigen muskulären Anspannungen bzw. Bewegungen des Körperbildes, die den Schmerz (das Symptom) provozieren, und damit arbeitet man nach den diesem Körperteil entsprechenden zyklischen Übungen. Dabei löst sich das Störfeld schrittweise auf und das Grundmuster setzt sich spontan wieder durch.

Wie dies stattfinden könnte, erhellen die folgenden Betrachtungen:

Phänomene der Hypnose

Von der Hypnose auf der Varieté-Bühne oder als Gesellschaftsspiel ist bekannt, dass eine Person in tiefer Trance unter Fremdkontrolle verbal suggerierte Situationen körperlich erlebt:

Z.B. kann er in einer suggerierten Wüste Sahara schwitzen und Sonnenbrand am Körper zeigen oder am Nordpol frieren und Frostbeulen bekommen; auf Suggestion den Körper ungewöhnliche Kräfte oder Fähigkeiten entwickeln lassen - diesen wie ein Brett versteifen, oder über das sonst autonome Nervensystem die Herzfrequenz, Atmung, lokale Durchblutung, Ausscheidung etc. beeinflussen.

Schaltsignale

Das geht auch per post-hypnotischer Suggestion nach Aufwecken aus der Trance: Ein vorher suggeriertes Signal gekoppelt mit dem Befehl des Vergessens macht die Aktion eine unbewusste!

Z.B. setzt der Hypnotiseur das Signal, wenn er an seine Nase greife, würde es dem Hypnotisierten heiß. Auf das Signal hin erfährt dieser die Hitze und will daraufhin Kleidungsstücke ablegen, die Heizung abdrehen, frische Luft haben, etc.. Wenn er bemerkt, dass dieses seine Umgebung befremdet, rechtfertigt er sich in seiner Konfusion mit mental konstruierten, oft absurd wirkenden Ausreden. Effektiv wurde er auf das Signal verbal programmiert, es wird ihm heiß wie bei einem Fieber und auch sein Verstand wird zur Erklärung der ihm rätselhaften Situation vergebens eingespannt.

Auf der Bühne oder in Gesellschaft sorgt das für Spaß auf Kosten des ratlosen Hypnotisierten. Doch darum geht es bei IRT nicht, vielmehr sind

Krankheitssymptome schaltbar.

Es gibt auch medizinische Berichte über schizophrene Patienten (gespaltene Persönlichkeiten), bei denen die eine Persönlichkeit z.B. einen Hautauschlag zeigt, der bei der Übernahme durch die zweite Persönlichkeit an dem gemeinsamen Körper verschwindet, um bei einer Rückübernahme wieder einzusetzen. Ähnliches ist medizinisch beschrieben, sogar für Insulingaben erfordernde Diabetes, etc.

Diese Beispiele zeigen, dass es im Menschen Fähigkeiten gibt, mittels welcher auch schwere körperliche Krankheiten psychisch an- und abgeschaltet werden können: Die Medizin registriert, als sehr rare Fälle, Spontanheilungen auch von "austherapierten" Krankheiten und anerkennt inzwischen bei einer Anzahl körperlicher Krankheiten zumindest psychosomatische Anteile. Die Forschungsrichtung der Psychoneuroimmunologie¹ anerkennt so auch Anfälligkeiten für Infektionen.

Fazit: Unbewusstmachen als menschliche Fähigkeit.

¹ cf das Buch "Das Gedächtnis des Körpers -Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern" von Joachim Bauer, Facharzt Psychotherapeutische Medizin, Internist und Psychiater, seit 1992 Professor für Psychoneuroimmunologie, Universitäts- Klinik, D. Freiburg (Breisgau).

Der obige "Befehl des Hypnotiseurs zu vergessen" spricht die Fähigkeit des Hypnotisierten an, Unbewusstheit zu produzieren, um einen Vorgang dem Wachbewusstsein zu verdecken!

ARBEITSHYPOTHESE:

Gesundheit/Krankheit

In gesundem Zustand laufen alle Funktionen nach einem Grundmuster (Morphogenetisches Feld nach Sheldrake) von Gesundheit ab, nach dem im Normalfall jeder Mensch sich entwickelt hat.

Bei Krankheiten oder Folgen von äußeren Schädigungen (Unfällen, Gewaltverbrechen, Operationen, etc.) wird dieses Feld lokal von Störfeldern überlagert.

Wie kann man das Entstehen solcher Störfelder nachvollziehen?

Normale Wachaktivität des Gehirns

Die normale Gehirnaktivität im mentalen Bereich des Wachbewusstseins besteht darin, laufende Wahrnehmungen zu analysieren und nach Bezügen einzuordnen im Gedächtnis (Kurzzeit/Langzeit), Aktivitäten zu planen, etc... mit dem übergeordneten Ziel des Überlebens. Im engeren Sinne bezieht sich das auf den Organismus (selbst), Familie, Gruppe, etc und im weiteren Sinne auf Menschheit, Umwelt etc., je nach Interessenbereich und Reifegrad des Individuums.

Dabei ist nach Beobachtung mit moderner Technik die äußere Hirnrinde, der Kortex, involviert.

Umschalt-Situationen

Nun gibt es Situationen von Verlust, Schock, Erschöpfung, Überanstrengung, Schmerz, die einen Menschen unerwartet total überfordern, sodass seine normale mentale Gehirntätigkeit teilweise oder ganz abgeschaltet – Unbewusstheit, z.B. bis zu einer Ohnmacht – produziert wird, zur Blockierung der sein Wachbewusstsein überwältigenden Wahrnehmungen (wie Schmerz oder Todesangst).

Dies ist auch eine Verwendung der menschlichen Fähigkeit, Unbewusstheit zu produzieren:

In diesen Fällen findet das nicht auf Befehl eines Hypnotiseurs statt, sondern als Teil eines Notprogramms der Natur, um eine Schädigung der im normalen Wahrnehmungsgebrauch benutzten Gehirnbereiche durch Überlastung zu verhindern. Im Gehirn wird dann die mit moderner Technik beobachtbare Aktivität von der Hirnrinde (Kortex) ins Innere des Gehirns verlegt, in das limbische System, von wo aus z.B. der Angriffs-/Fluchtreflex kurzschlussartig - ohne Zeit mit Denken zu beanspruchen - betätigt wird.

In anderen Worten: Der Kortex, der nur dem Menschen eigene, evolutionär jüngere Denkapparat wird ausgeschaltet mit Rückgriff auf den evolutionär älteren Reflex-Apparat, den Mensch und Tier gemeinsam haben.

Körperprogramme

Im Körper beansprucht der Angriffs/Flucht Reflex viele Organsysteme extrem in einer Situation, wo auch schon körperliche Verwundungen oder Erschöpfungen vorhanden sein mögen.

Nach eventuellem Scheitern dieser Anstrengungen bringt dieses Notprogramm Extreme von Unbewusstheit hervor bis zur Bewusstlosigkeit mit der Schläffheit der Ohnmacht oder, noch weitergehend, scheinodartigem Erstarren.²

Auslösesituationen

Die abgeschalteten subjektiven Körperwahrnehmungen mitsamt den zugehörigen Emotionen und Gedanken sind aber, wie auch die objektiven Wahrnehmungen der überwältigenden äußeren Umstände für den Zeitraum des Vorfalls, unbewusst, d.h. einem späteren Wachbewusstsein unzugänglich, gespeichert.

Bei Eintreten späterer ähnlicher äußerer Umstände sind, bei einem mehr oder weniger geschwächten Körper, die inneren Zustände ungewollt teilweise oder ganz einschaltbar. Der Mensch ist auf diese Auslöser programmiert wie auf eine posthypnotische Suggestion!

Diese subjektiven Speicherungen von Stress, Körperschäden, negative Emotionen, etc. können die verschiedensten Krankheitsbilder hervorrufen, wenn sie über Zeiträume eingeschaltet sind.

So gibt es auch im normalen Leben eine Art Fremdkontrolle in des Menschen eigener Welt der Wahrnehmung/Vorstellung/Körperkontrolle, wie sie der Hypnotisierte in tiefer Trance erfährt, mit einem Ablauf des Programms der Schocksituation mental, emotional und am Körper, d.h. dem Ablauf einer Krankheit. Der Erfahrungsschatz der Medizin registriert und benennt viele solche Abläufe.

Erweiterungen der Auslösesignale: Konditionierte Reflexe bei Tieren

Die im Leben mit Ablauf der Zeit unvermeidlichen Annäherungen an Auslöser-Situationen in der Umwelt zusammen mit dem nach Ähnlichkeiten sortierenden Gedächtnis ergeben "Erweiterungen der Programmierung", wie bei Pavlovs bekannten Experimenten über die Konditionierung von Reflexen: Hunde sabberten schließlich nur auf ein Glockensignal hin, nachdem die Glocke öfters zusammen mit der Fütterung geläutet worden war. Das zeigt, dass das limbische Gehirn nicht, wie der Kortex, äußere Signale genau differenzieren kann.

² Peter A. Levine, Ph.D. "Waking the Tiger – Healing Trauma", 1997, ISBN 1-55643-233-X North Atlantic Books, POBox 12327. Berkeley, Cal. 94712. Dr. Levine macht dieses Ohnmachts/Erstarrungsprogramm fest an einem evolutionär zu dem reptilischen Entwicklungsstadium im Gehirn gehörigen limbischen System. Bei einem von einem Raubtier gejagten Tier kann dieser Reflex bewirken, dass das Raubtier, in dem Fall nicht aus Hunger jagend, den Scheinkadaver liegen lässt. Das Tier erwacht danach aus seiner Ohnmacht / Erstarrung und reagiert dann körperlich seine erfolglos gewesenen Anstrengungen durch extreme Bewegung (Zittern...) ab. Deswegen lebt es dann ohne posttraumatisches Schocksyndrom (PTSS) normal weiter. Der Mensch kann das aber spontan nicht. Dr. Levine hat durch Provokation solcher Körperreaktionen viele Opfer von PTSS (Post-Traumatischem Stress Syndrom) geheilt.

Dann gehörten Läuten und Sabbern, was nur zur Fütterung normal ist, als Automatismus zusammen:
Die Hunde waren beim Läuten allein sozusagen "sabberkrank", sie waren aber vom krankhaften Sabbern befreit, wenn das Läuten aufhörte!

Das könnte man als beispielhaft für viel kompliziertere physiologische Zusammenhänge nehmen, die schon bei Tieren analog abnormal automatisiert werden können. Diese Art von "neurotischem" Verhalten ist von domestizierten Tieren wohlbekannt.

Menscheneigene Erweiterungen durch die Sprache

Nun hat der Mensch durch Sprache und Kognition viele, die tierischen weit übertreffende Fähigkeiten zu symbolischer Assoziation, welche die mental möglichen Konditionierungen der Programme um ganze Größenordnungen erweitern.

Ein Beispiel dafür ist die Wirkung der für jedes Individuum verschiedenen Bedeutung der Sprache, wie in der post-hypnotischen Suggestion – in einer unbekannt Fremdsprache wirkt diese nicht.

In anderen Worten: Zusätzlich zu den bei Mensch und Tier wahrgenommenen ähnlichen äußeren Umständen als Auslöser kann und wird der Mensch auf den Bedeutungsinhalt von Sprache hin mit Einschaltungen reagieren.

Solche erweiterte Einschaltungen resultieren in Krankheiten, deren Genese in realen früheren Vorfällen nicht mehr nachzuvollziehen ist, besonders auch in chronischen Krankheiten

Wie könnte man nun erweiterte / ursprüngliche Einschaltungen reproduzierbar deprogrammieren?

METHODE IRT II: SELBST-Deprogrammierend

Bearbeitung muskulärer Anspannung/Entspannung

Die obige Hypothese zur Entstehung von einer Reihe von Krankheiten ist im Ansatz nicht neu, wohl aber das vorgestellte zyklische Angehen der unbewusst gespeicherten muskulären Anspannungen / Entspannungen., welche die verschiedensten Körpersysteme in ihren normalen Funktionen beeinträchtigen und welche auch die den ursprünglichen realen Vorfällen entsprechende Emotionen und Gedanken automatisch mit einschalten.

Also unterläuft diese Bearbeitung der Muskelsysteme die Erweiterungen der Auslöser durch die Bedeutungsinhalte der Sprache.

Durch die einfachen, leicht komplettierbaren Aktionen (Zyklen) des vorgestellten Körperbildes im körpernahen Resonanzraum an der tastbaren, wirklichen Umgebung, deprogrammiert sich bei IRT der Anwender durch subjektive schrittweise Abreaktion von fehlgeschlagenen muskulären (Kampf/Flucht) Anstrengungen, die einer Bewusstlosigkeit vorangingen. Das umfasst auch die emotionelle Indexierung dieser Anstrengungen, von einer Euphorie des möglichen Gelingens über Langeweile, Unmut, Wut, Furcht, Trauer, Verzweiflung - eine ganze Skala von Emotionen - herunter bis zur Apathie und Ohnmacht/Starre des überwältigten Aufgebens.

Diese Skala der emotionellen Indexierung ist während der Behandlung in umgekehrter Folge beobachtbar: Der Anwender wird, zuerst Wellen von "Müdigkeit", d.h. der selbstgemachten Bewusstlosigkeit, abgähnend, fortlaufend "wacher = weniger unbewusst" mit emotioneller Erholung die Skala herauf bis zum Spaß an den dann reibungslos und sehr schnell ablaufenden Übungen (spontanes Lachen ohne äußeren Grund), mit parallel laufender körperlicher und psychischer Heilung.

Das geschieht, weil die Speicherung fehlgeschlagener körperlicher Anstrengungen, ansprechbar durch entsprechende Muskelgruppen, durchgehend wirken sowohl für eine ursprüngliche Programmierung, wie auch für alle dieselbe erweiternden und tarnenden Konditionierungen umständlicher, verbaler und emotioneller Art. Die Hirnforschung stützt diese Arbeitshypothese.

Bei "Brain-Scans" mittels des fNMR-Verfahrens (funktionelle Nukleare Magnet - Resonanz) ergibt sich, dass bei einer wirklichen wie auch einer "nur vorgestellten" Bewegung bzw. Anstrengung die neuronalen Aktivitäten fast gleich sind.

ABLEITUNG DER ZYKLEN

Diese Zyklen, vom Beschluss einer selbstzwecklosen Aktion zu der nicht-bewertenden, kindlich neugierigen Beobachtung von deren Auswirkungen im mentalen, emotionellen

bis zum körperlichen Bereich, sind als gemeinsamer Wirkfaktor in kontemplativen Exerzitien von östlichen und westlichen Meditationssystemen erkennbar.

Dies fiel dem Autor vor etwa 40 Jahren bei der Praxis der Buddhistischen Vipassana Meditation auf, insbesondere bei den Kontemplationen im Gehen. Das Gehen verhindert Einschlafen und die dabei auftretende Müdigkeit – die Bewusstwerdung der selbstgemachten Unbewusstheit – wird durch das bewertungsfreie Beobachten und weiteres Gehen abreagiert, zuallererst und körperlich, durch Gähnen, eine sich selbst regulierende Atemübung. Nach späteren somatischen, emotionellen, und gedanklichen Abläufen, die der Anwender wieder nur beobachtet, kommt der Körper mit den Emotionen und dem Mentalen spontan zu wacher Ruhe, d.h. auf jeweiligen Beschluss verzögerungslos zum federleichten Gehen, wie ein Tanz, mit Glücksgefühlen.

Danach bringt die Meditation im Sitzen, wo man jedes Mal nach Beendigung eines Atemzyklus sich dieses Endes bewusst werden muss und aufs Neue beschließen muss, die Aktivität eines weiteren Atemzugs von seinem Anfang an zu beobachten, viel mehr an äquivalenten Abreaktionen und fällt auch viel leichter.

In der Anwendung auf die eingangs vorgestellten Phänomene der wirklichkeitsnahen Vorstellung in Körperrnähe ergaben sich daraus die einfachen Zyklen.

Dabei kann die den kontemplativen Exerzitien unterliegende Grundhaltung des Aufgebens des egobezogenen Eigenwillens – die der Demut – zugunsten der nicht-bewertenden Beobachtung, nicht überbetont werden. Die Heilphänomene kommen dann spontan, überraschend, auch an unerwarteten Körperteilen, - scheinbar der Gnade einer höheren Macht entspringend.

Die zyklische Deprogrammierung ist demnach also allen diesen Phänomenen gemeinsam.

In der vorliegenden Arbeit bezieht sich dies sowohl auf den Anleiter wie auf den Anwender und erhellt, warum in unserer immer eiligen, zu Zweckbezug, konkurrierender Anstrengung und materiellem Erfolg (nicht gleichzusetzen mit Komplettierung von Zyklen) erzogenen Welt, eine Einführung durch einen wohlausgebildeten Aufmerksamkeitsleiter wirklich notwendig ist.

ALLGEMEINER TEIL

1 Wissenschaftliche Einführung

Prof. Dr. Konrad Maurer, Professor für Psychiatrie und Psychotherapie

1.1 IRT und imaginative Psychotherapieverfahren

Im Imaginativen Resonanz Training (IRT) - nach obigen Beispielen keine Psychotherapie - wird die menschliche Vorstellungskraft auf eine bislang unerforschte Art und Weise angewendet:

In Lebensgröße vorgestellte Körperteile / Ganzkörper werden auf die materielle Umgebung des wirklichen Körpers projiziert und zur Wahrnehmung verwendet: z.B. wird mit einer vorgestellten Hand durch Berührung mit einem (offenen Auges) angeschauten Tisch die taktile Vorstellung mit der visuellen Wahrnehmung abgeglichen. Dieses Novum für die Wahrnehmung ergibt neue Erfahrungen.

Es wird erfahren, dass in einem individuellen, den Menschen umgebenden „Resonanzraum“ ein vorgestellter (imaginiertes) Körperteil / Ganzkörper in seiner Gewährleistung und Funktion dem Zustand des wirklichen Körpers entspricht. Im Falle einer z.B. erkrankten oder verunfallten Hand erscheint die in Körpfernähe vorgestellte eigene Hand in der Wahrnehmung mit all den entsprechenden Behinderungen. In der Vorstellung sind aber weitaus mehr Aktivitäten möglich, als mit der benachteiligten wirklichen Hand. Werden Zyklen nach den Regeln des IRT unternommen, entsteht eine Rückkopplung mit dem Zustand der wirklichen Hand, mit dem Effekt eines schrittweisen Heilungsprozesses. Mit dem IRT wird ein Patient, ein Leidender, zum Anwender, einem aktiv Forschenden und Selbst-Heilenden.

Als Starthilfe ist eine Einführung durch einen trainierten „Aufmerksamkeitsleiter“ ratsam. Eine derartige Dialogarbeit ist für einen Anwender leichter und effektiver. Später ist Eigenarbeit möglich. Am besten ist die Kombination von beidem, also Aufmerksamkeitsleiter und Anwender. Arbeit in Gruppen ist prinzipiell möglich.

Es wird von über mehr als 100 positiven Anwenderberichten und über eine breite Palette von psychischen und körperlichen Erkrankungen berichtet. Dies ist nur ein Anfang, wobei die Grenzen des IRT noch zu erforschen sind. Möglicherweise trägt das IRT zum Verständnis von noch nicht verstandenen Spontanheilungen bei.

Bei der Einführung einer neuen Behandlungsmethode muss man sich vergegenwärtigen, dass mehrere hundert Verfahren in der Psychotherapie bekannt sind und weitere Methoden eher mit Misstrauen aufgenommen werden. Eine Ausnahme könnte sein, dass ein Verfahren nach kurzer Einführung dem Anwender die Möglichkeit gibt, eigenständig in jeder Situation und überall eine Methode einzusetzen, die Symptome vermindert.

Das IRT ist ein solches Verfahren.

Zunächst soll aber kurz auf bekannte Psychotherapiemethoden eingegangen werden, die häufig zur Entspannung und Lockerung sowie zur Angstlösung eingesetzt werden, um den Übergang zum IRT zu erleichtern. Zu den bekanntesten Therapieverfahren gehören:

- ◆ Autogenes Training
- ◆ Progressive Muskelentspannung
- ◆ Hypnose und verwandte Verfahren
- ◆ Kathymes Bildererleben

Entspannungsverfahren, vor allem das autogene Training, aber auch die progressive Muskelentspannung kann man selbst überall einsetzen. Die Effekte sind Entspannung, Beruhigung, Selbstkontrolle, Schmerzbekämpfung und Verbesserung des Körpergefühls. Die Indikationen sind vielfältig und betreffen besonders Patienten mit psychovegetati-

ven Beschwerden, chronische Schmerzzustände, Erschöpfungszustände, Antriebs- und Unruhezustände und Schlafstörungen. Nebenwirkungen sind fast unbekannt. Nachteile der Entspannungsübungen sind gelegentlich übertriebene Selbstbeobachtung mit hypochondrisch gefärbter Selbstwahrnehmung. Bei Angstpatienten wird man sich mit dem autogenen Training oft schwer tun.

Charakteristisch an den o.g. Verfahren ist, dass ausschließlich der Weg der willentlichen Selbstentspannung gewählt wird.

Autogenes Training (AT)

Die Entwicklung des von Nervenarzt Johannes-Heinrich Schultz 1932 erstmalig beschriebenen Verfahrens war maßgeblich durch die Beobachtungen an hypnotisierten Patienten inspiriert. Im Gegensatz zur Hypnose jedoch kommen beim AT ausschließlich Selbstsuggestionen zum Einsatz. Der Patient benutzt dabei eigene Formeln und Sätze, die er in Gedanken ausspricht mit dem Ziel, eine tiefe Entspannung zu erreichen. Das AT besteht in der Praxis aus kurzen Intervallen von jeweils ca. 3-5 Minuten Dauer, in denen die Konzentration des Durchführenden auf ein bestimmtes Körperteil fokussiert wird und man sich dabei formelhafter Autosuggestionen bedient (z.B.: „mein Arm ist schwer“, „mein Bein ist ganz warm“). Dabei sind die Augen geschlossen und der Patient nimmt eine bequeme Haltung ein, z.B. indem er sich hinlegt. Ein Gefühl der Wärme oder der Schwere sind in der Regel die Folge einer tiefen Entspannung. Falls keine Entspannung vorliegt (etwa bei Nervosität, Ängstlichkeit), soll das durch Autosuggestion erzeugte Gefühl der Wärme und der Schwere zu einer Entspannung führen. Es gibt auch gezielte Übungen, die andere Körpersysteme ansprechen, etwa den Kopf („Der Kopf ist ganz leicht“), das Herz („Das Herz schlägt ruhig“) oder den Bauchbereich. Fortgeschrittene Nutzer, die die o. g. Entspannungsübungen gut beherrschen, verwenden schließlich zusätzliche Übungen der so genannten „Oberstufe“. In der Oberstufe wird zunächst geübt, sich bestimmte Farben oder einfache Gegenstände möglichst lebhaft vorzustellen. Danach unternimmt man in der Vorstellung Reisen zu bestimmten Orten oder man stellt sich eine selbst gewählte Situation vor, mit dem Ziel bestimmte Probleme aufzudecken bzw. zu lösen. Dabei kann man auch in einen so genannten Klartraum oder luciden Traum abgleiten. Im Gegensatz zum Traum während des Schlafs, kann man während eines Klartraums den Gedankengang und die Bilder bewusst beeinflussen und sich im Anschluss an die Sitzung noch gut an die Inhalte erinnern. Diese Sitzungen dauern meist ca. 15 Minuten und werden u.a. bei der Suchtmittelentwöhnung oder der Bewältigung von Problemen (z.B. Angst vor Leuten zu sprechen) angewandt.

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR)

Bei der PMR, die 1929 vom amerikanischen Arzt Edmund Jacobson entwickelt wurde, geht es darum, eine möglichst tiefe Entspannung durch eine verbesserte Entspannung der Muskulatur zu erreichen. Praktisch wird so vorgegangen, dass der Klient zunächst eine Muskelgruppe kurz aber intensiv anspannt und danach sich auf die Entspannung dieser Muskeln konzentriert. Durch wiederholte Anwendung und Übung kann auf diese Weise die Muskelspannung sogar unter das normale Niveau abfallen und es kann sich ein Zustand allgemeiner Entspannung einstellen, der sich u.a. in einer besseren Durchblutung der Gliedmaßen, einer regelmäßigen und ruhigen Atmung sowie einem ruhigeren Herzschlag äußert. Die PMR ist wirksam bei allen Störungen, die mit Schmerzen oder Ängsten einhergehen, da sie die verstärkende gegenseitige Rückkopplung zwischen

Schmerz und muskulärer Anspannung zu durchbrechen vermag. Analog dazu kann die PMR die gegenseitige Verstärkung von Angst oder innerer Anspannung und muskulärer Verspannung lösen und sich damit positiv auf das psychische Befinden auswirken.

Zwar kommen bei der PMR keine imaginativen Techniken im engeren Sinne zum Einsatz, es wird jedoch durch eine intensive Fokussierung der Wahrnehmung auf einzelne Körperteile und Muskeln die Körperwahrnehmung deutlich verbessert.

Katathymes Bilderleben

Am nächsten kommt der zu beschreibenden Methode des IRT die von Leuner 1954 erstmals beschriebene katathym-imaginative Psychotherapie (KIP), das katathyme Bilderleben.

Ähnlich den Oberstufen-Übungen des autogenen Trainings, wird auch in der KIP mit intensiven Imaginationen gearbeitet, wobei alle Sinne angesprochen werden (z.B. Sehen, Tasten, Riechen). Ausgehend von umfassenden Vorgesprächen, in denen der Klient dem Therapeuten seine Probleme schildert, gibt der Therapeut zu Beginn einer Sitzung ein Bild vor (z.B. „Berg“, „Wiese“, „Höhle“), in das hinein der Klient nun frei und rein gefühlsmäßig weitere Dinge hinein imaginieren soll. Die imaginierten Bilder, die der Klient im Anschluss an seine Bilderreise detailliert schildern soll, werden dann im gemeinsamen Gespräch mit dem Therapeuten auf ihre symbolische Bedeutung hin analysiert. Auf diese Weise kann sich der Klient über Emotionen und belastende Gedanken besser bewusst werden, woraus sich in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten Hilfestellungen bei psychischen Problemen ergeben sollen. Auch bei dieser Therapieform kommt es zu einer spürbaren Entspannung des Klienten während der Sitzung.

Hypnose / Hypnotherapie

Hypnose und hypnoseähnliche Verfahren wurden wohl schon seit Jahrtausenden praktiziert (z.B. im Schamanismus). Im 18. Jahrhundert war es Franz Anton Mesmer, der die Hypnose wissenschaftlich aufgriff. Im 20. Jahrhundert erfuhr die Methode eine Weiterentwicklung unter anderem durch Oskar Vogt. Ein wesentliches Merkmal der Hypnose ist die Erzeugung eines veränderten Bewusstseinszustandes, der Trance genannt wird. In der Trance besteht eine eingeschränkte Aufmerksamkeit sowie eine herabgesetzte bewusste Kritikfähigkeit, sodass der Hypnotiseur (oder der Klient selbst im Falle von Autohypnose) durch wiederholte Suggestionen direkt das Unterbewusstsein des Klienten ansprechen kann. Um eine Trance auszulösen, werden meist monotone Reizmuster wiederholt, die das Bewusstsein beschäftigen sollen, bis es seine Kritikfähigkeit so weit verliert, dass der Klient empfänglich für die Suggestionen wird. Die Suggestionen können sich auch, aber nicht ausschließlich auf Sinneseindrücke beziehen und visuelle, olfaktorische oder taktile Wahrnehmungen während der Trance auslösen. Darüber hinaus können aber auch Suggestionen dargeboten werden, die zur Bewältigung konkreter Probleme dienen (z. B. Angstbewältigung, Suchtmittel-entwöhnung etc.).

Methoden, die mit der Vorstellung, der Imagination arbeiten, wurden sowohl von Freud als auch von Jung angedacht. Am Beispiel der „Aktiven Imagination“ entwickelte Jung sogar ein Psychotherapieverfahren, durch welches unbewusste Inhalte dem Bewusstsein zugeführt werden. Dabei werden die Inhalte des Unbewussten nicht nur wahrgenommen, sondern zugleich umgestaltet und interpretiert.

Weitere Vorgänger imaginativer Therapieverfahren waren Freud und Breuer, die bei ihrer weltweit bekannten Patienten Anna O. Tagträume der Hysterie beschrieben. Freud wandte die Methode der induzierten Imagination zur Erforschung unbewussten Materials zunächst selbst in seiner Praxis an; später entschied er sich dann allerdings für die freie Assoziation. Silberer beschrieb plastische Imaginationen an der Schwelle zwischen Wachen und Schlafen. Kretschmar nannte imaginative Phänomene „Bildstreifendenken“. Happich und Heiß sprachen von „Bildbewusstsein“.

Im Zusammenhang mit dem IRT besonders erwähnenswert ist die Feldenkrais-Methode, die über das Erforschen und Verändern unserer individuellen Bewegungs- und Verhaltensmuster Zugang zu unserem inneren Wesen verschafft. Feldenkrais drückte es passend selbst aus:

„Ein jeder bewegt sich, empfindet, denkt und spricht auf die ganz für ihn eigentümliche Weise, dem Bild entsprechend, das er sich im Laufe seines Lebens von sich gebildet hat. Um die Art und Weise seines Tuns zu ändern, muss er das Bild von sich ändern, das er in sich trägt.“

1.2 Imagination und Gehirn

Dass der Mensch in außergewöhnlicher Art und Weise die Fähigkeit der Visualisierung besitzt, ist der Ausgangspunkt der IRT-Methode. Man kann „innere Bilder“ vor dem „geistigen Auge“ herbeiführen. Diese Fähigkeit bezieht sich auf alle Sinnesmodalitäten, wobei sich das menschliche Wahrnehmungssystem folgendermaßen gliedern lässt:

System	Organ / Rezeptor	Funktion
1. Visuell	Auge	Licht / Farbe
2. Akustisch	Ohr	Schallwelle
3. Olfaktorisch	Nase	Geruch
4. Gustatorisch	Mund / Zunge	Geschmack
5. Kinästhetisch		

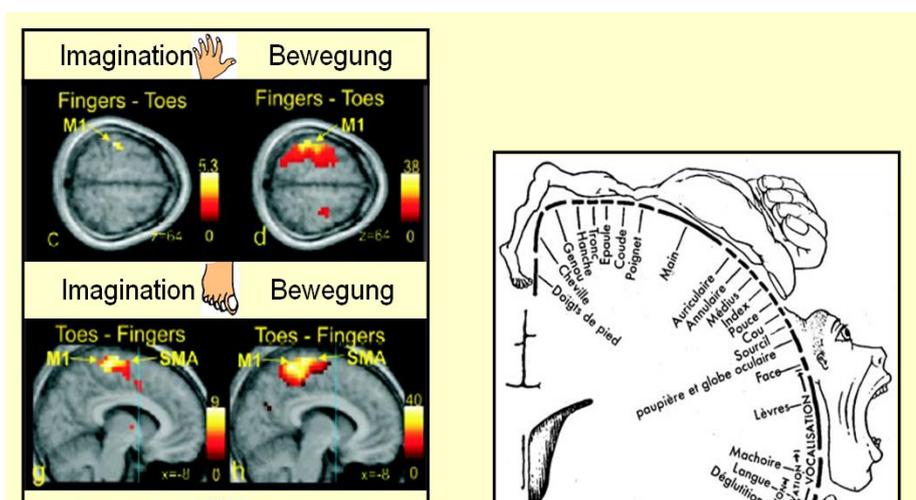
a) Tastsinn	Haut (Mechano-Rezeptoren)	Berührung, Druck, Temperatur, Vibration
b) Gleichgewichtssinn	Labyrinth (Innenohr)	Gleichgewichts- und Positionsveränderungen, Beschleunigung
c) Tiefensensibilität	Rezeptoren in Muskeln, Gelenken, Sehnen, Bändern	Stellung, Bewegung, Kraft

Man kann sich vorstellen, dass man an einem Strand liegt (Sehen), dass man Sonne und Sand an seinem Körper spürt (Fühlen), dass man im Meer schwimmt (Motorik), die Brandung hört (Akustik) und salziges Meerwasser schmeckt und riecht (Geschmack und Geruch).

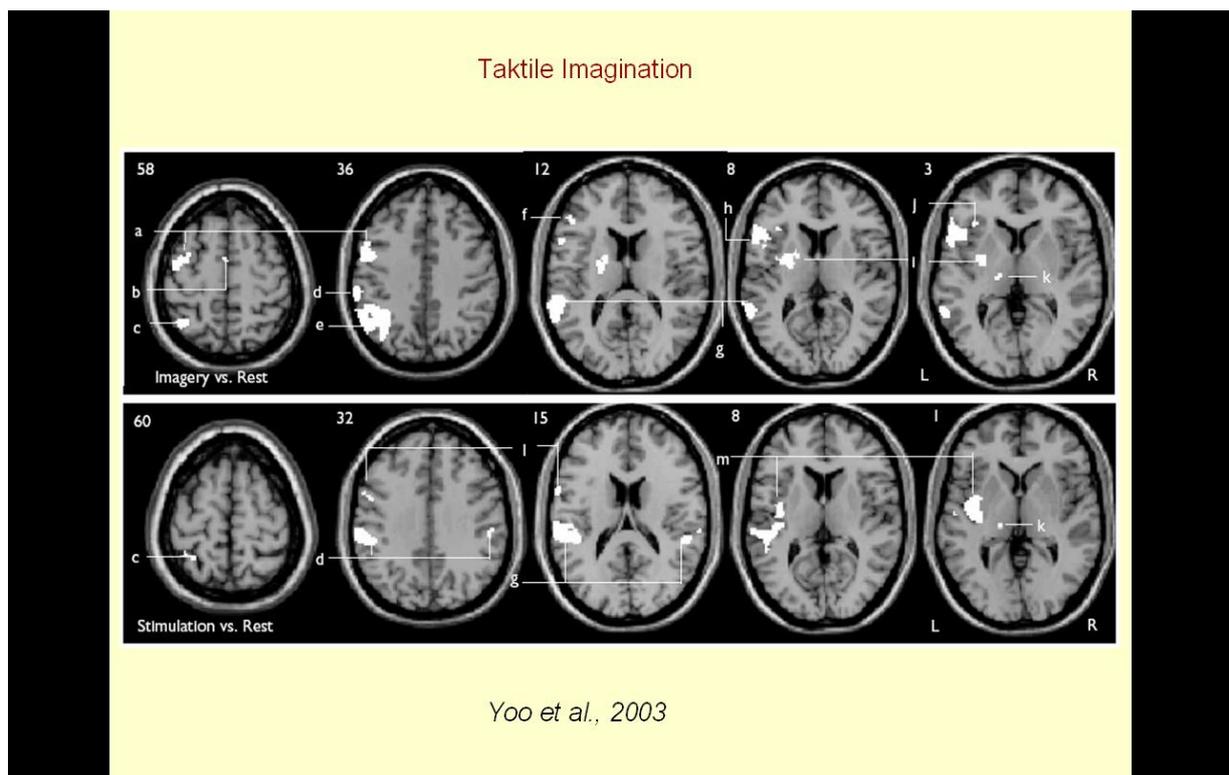
Besonders gut lassen sich motorische Bewegungsabläufe in der Vorstellung herbeiführen. Das darauf basierende mentale Training ist eine hochwirksame Übungsstrategie bei Hochleistungssportlern und Künstlern. So fand Giessen schon 1970, dass bei der Rehabilitation von Sportverletzungen unter Einsatz des mentalen Trainings viele Sportler schon unmittelbar nach der Zwangspause Wettkampferfolge erzielen konnten. Mentales Training vermag somit der Disharmonie und Desintegration der peripheren Motorik aufgrund längerer Trainingspausen entgegenwirken.

Mittels funktioneller Methoden, dem Neuroimaging, konnte inzwischen gezeigt werden, dass mentale Vorstellungen von Bewegungen genauso wie reale Aktionen oder Sinnesindrücke im Gehirn die entsprechenden Repräsentationsgebiete aktivieren. So sahen Ehrsson et al. 2002 bei der Vorstellung von Bewegungen der Finger, der Zehen und der Zunge ähnlich aktivierte Zonen im Gehirn wie beim aktiven Ausführen.

Vorstellungen von Handbewegungen aktivieren dabei die gegenüberliegende motorische Rinde, Vorstellungen von Fußbewegungen aktivieren die Fußzone und Vorstellungen von Bewegungen der Zunge aktivieren wiederum die Zungenregion der primär motorischen Rinde.



Das mental-motorische Bild ist somit fest verankert in der Region, die den Bewegungsabläufen zugeschrieben werden. Dies gilt nicht nur für die Motorik, sondern selbstverständlich auch für die Sensorik und somit für die taktile Imagination, d.h. die Vorstellung einer Berührung. Joo et al. konnten 2003 nachweisen, dass die Stimulation mit einer feinen Bürste im Bereich der Zwischenhandknochen der Finger auf der Rückseite der Hand und die reine Vorstellung einer Berührung ähnliche Areale im sensorischen Kortex aktivierte.



Dieses Prinzip lässt sich auf jede Sinnesmodalität anwenden: Wenn wir uns ein Bild vor unserem geistigen Auge vorstellen, dann führt das zur Aktivierung gleicher Areale im Gehirn wie das Betrachten eines Bildes. Wenn wir uns gesprochene Sprache vorstellen, dann werden die gleichen Sprach- und Hörareale aktiviert, die auch beim realen Hören von Sprache aktiv sind. Wenn wir uns einen Geruch oder Geschmack vorstellen, werden die gleichen Regionen im Gehirn aktiv sein, die auch beim realen Schmecken und Riechen aktiviert werden.

Das Grundprinzip ist also denkbar einfach: Durch Imagination lassen sich die gleichen Hirnregionen aktivieren, die auch bei der realen Wahrnehmung oder Bewegung aktiv sind. Unterschiede zwischen vorgestellter und realer Wahrnehmung bzw. Aktion liegen allenfalls darin, dass die Imagination schwächere Aktivität hervorbringt aber schwerer zu erzeugen und aufrechtzuerhalten ist als der reale Eindruck.

Warum dieses Grundprinzip so wichtig ist für das Entstehen von chronischen Beschwerden und wie man es sich zunutze machen kann, um eben jene chronischen (aber auch akuten) Beschwerden wieder zu lindern, soll später am Beispiel der Phantomschmerzen ausgeführt werden.

1.3 Das Körperschema (Teil I): Wie wir unseren Körper wahrnehmen

Jeder Mensch hat ein unbewusstes Bild von seinem „Selbst“ bzw. von seinem Körper. Dieses „Selbst-Bild“ basiert nicht nur auf einer visuellen Vorstellung, sondern betrifft alle Sinneswahrnehmungen: Ohne darüber nachdenken zu müssen, „wissen“ wir einfach, wie sich unsere Beine, unsere Hände, unser Brustkorb, der Kopf und andere Körperteile in ihrem Normalzustand anfühlen. Dieses Selbstbild ist zum einen angeboren, zum anderen wird es aber auch durch alle Rückmeldungen, die das Gehirn zu jedem Zeitpunkt – auch während der körperlichen Entwicklung – aus allen Körperteilen erhält, mit erschaffen. Dies ist das Bild, das in unserem Gehirn über die normale Form, die normale Größe, den normalen Zustand des gesamten Körpers und all seiner Teile existiert.

Stellen Sie sich in Gedanken einmal vor, sie würden einen stacheligen Igel in ihre Hand nehmen. Sie werden feststellen: Wenn die Imagination lebhaft und intensiv ist, dann werden sie ein unterschwelliges, aber sehr unangenehmes Gefühl in ihrer Hand bekommen: als ob sie von vielen kleinen Nadeln gestochen würden. Aber wie kommt das Gehirn darauf, solche Empfindungen zu produzieren?

Nehmen wir ein anderes Beispiel: Stellen Sie sich vor, sie würden ihre Hand über einen rauen und knorrigen Baumstamm langsam entlang gleiten lassen. Auch hier können sie – ohne sich besonders anstrengen zu müssen – unmittelbar ein Gefühl von Rauheit, Relief, Trockenheit vielleicht sogar von weichem Moos oder von der Borke abschilfernde Flechten erspüren, ohne dass sie dies alles bewusst erzeugen müssen.

Oder: stellen sie sich vor, sie tunken ihren gesamten Unterarm in eine Wanne, die mit wohligh warmem Badewasser gefüllt ist, ein. Sofort werden sie – unterschwellig – ein wohlighes Gefühl der Wärme in ihrem Arm verspüren, vielleicht sogar den Duft eines frischen Badesalzes und sich dabei wunderbar entspannen – beinahe so, als wären sie in der Realität in die Badewannen gestiegen.

All diese Empfindungen: Wärme, Kälte, Schmerz, Dehnung, Berührung, und die verschiedenen Qualitäten dieser Empfindungen sind schon einmal in der einen oder anderen Variation erlebt und unauslöschlich im Gehirn abgespeichert worden. Nehmen wir nur mal den Tastsinn und schauen uns an, welche Zustände dieser Tastsinn wahrnehmen und unterscheiden kann unter all denen wir uns unmittelbar etwas vorstellen können: weiche, harte, spitze, stumpfe Oberflächen, reliefartige Oberflächen, kalte, warme runde, sich bewegende oder berstende Oberflächen, Oberflächen, die nachgeben, die sich eindrücken lassen, nasse, trockene, staubige, eisige, flüssige, klebrige Oberflächen, vibrierende, bebende Oberflächen etc.

Die Aufzählung ließe sich beinahe beliebig fortsetzen, aber zu jeder dieser Qualitäten sind in unserem Gehirn zahlreiche Informationen abgespeichert: Informationen zum Sinneseindruck als solchem (jeder hat schon mal etwas Kaltes oder Warmes, Stumpfes oder Spitzes in der Hand gehalten, und hat die entsprechende sensorische Erfahrung gemacht). Hinzu kommen noch Informationen anderer Sinneskanäle, die mit der eigentlichen Wahrnehmung einhergehen und die im Gehirn deswegen eng miteinander verknüpft sind: Eine heiße Herdplatte ist rot/gelb (visuell), ist heiß (Wärmeempfindung), die Berührung erzeugt erhebliche Schmerzen (Schmerzwahrnehmung). Eine Nadel ist schmal und spitz (visuell), die Berührung ergibt einen kleinen, spitzen Berührungsreiz (Tastsinn), es wird Schmerz erzeugt (stechender, heller Schmerz). Alle diese Informationen sind in unserem Gehirn abgelegt und miteinander fest verbunden. Die Tastinformation ist in demjenigen Gehirnareal, das für die Tastwahrnehmung zuständig ist, abgespeichert bzw. repräsentiert. Die visuelle Information wird dort im Gehirn aufbewahrt, wo auch das Sehen stattfindet. Wenn wir nun eine Nadel sehen, dann wissen wir sofort, wie es sich anfühlen wird, wenn wir uns an der Nadel stechen sollten, denn zusammen mit dem Bild der Nadel werden sofort auch alle anderen zugehörigen Informationen („spitzes Gefühl“, „Schmerz“ etc.), die in anderen Hirnbereichen repräsentiert sind, mit aufgerufen.

Fassen wir also zusammen: In unserem Gehirn existiert ein inneres Bild über unseren Körper, das dem gesunden Normalzustand des Körpers inklusive aller normalen Empfindungen entspricht. Solange der Körper gesund und in seiner Funktion nicht gestört ist, besteht ein Einklang mit dem Körperschema und der Mensch fühlt sich wohl, bzw. es gibt für ihn gar keine Veranlassung, über den eigenen Körper nachzudenken.

Dieses Körperschema besteht aus einer Vielzahl verschiedener Informationen unterschiedlicher Sinneskanäle, die im Gehirn eng miteinander verwoben sind. Beim Aufruf einer solchen Information werden automatisch auch die anderen dazugehörigen Informationen aufgerufen. Dies funktioniert auch über unsere Imagination, sodass wir z.B. beim visuellen Vorstellen einer Handbewegung, automatisch auch einen kinästhetischen, einen taktilen etc. Eindruck erhalten.

1.4 Körperschema (Teil II): Wie sich körperliche Beschwerden im Gehirn verankern

Wir bemerken – mache Menschen sind hierfür empfindlicher als andere – sehr rasch, wenn mit unserem Körper etwas „nicht stimmt“. Zum Beispiel, wenn wir Kopfschmerzen haben, oder eine steife Schulter oder „schwere Beine“. Das Gehirn gleicht die Rückmeldungen, die es jede Sekunde aus der Peripherie über den Zustand des Körpers erhält, mit dem „Normalbild“ ab. Und wenn es eine Abweichung bemerkt zwischen Normalzustand und aktuellem Zustand, dann gibt das Gehirn Alarm: „Es stimmt etwas nicht mit der Schulter. Sie stört mich“. Oftmals sind es Gründe, die in den peripheren Körperteilen selbst begründet liegen, die diese Störungswahrnehmung bedingen: So führen z.B. Muskelverspannungen im Schulterbereich dazu, dass empfindliche Nervenfasern in umliegenden Muskeln und Sehnen gereizt werden, deren Signale wiederum im Gehirn einen unverhältnismäßig hohen Spannungszustand in der Muskulatur, eventuell sogar mit Schmerzen und einem Gefühl der Steifigkeit vermitteln. Eine einfache Massage oder Wärmebehandlung kann manchmal Abhilfe schaffen. Oftmals aber eben auch nicht! Und nun fangen die Probleme erst richtig an anzuwachsen: Wenn sich ein krankhafter Zustand in einem Körperteil oft wiederholt oder gar über längere Zeit permanent vorhan-

den ist, dann erhält das Gehirn ständig Rückmeldungen aus diesem Körperbereich, die vom Normalbild, das das Gehirn über diesen Körperteil hat, abweichen.

Diese ständig abweichenden Rückmeldungen sind aber brandgefährlich: Sie können das Normalbild „verdrängen“, es gewissermaßen in den Hintergrund drängen, und seinen Platz einnehmen. So wird aus einem normalen, gesunden Bild, das das Gehirn über die Schulter hat, ein krankhaft verändertes Selbstbild. Dieses kann mit der Zeit so dominant werden, dass es gar keiner krankhaften Rückmeldungen aus dem Schulterbereich mehr benötigt, um weiter bestehen zu bleiben. Mit anderen Worten: starke und wiederkehrende krankhafte Reize aus der Körperperipherie können das normale, gesunde Selbstbild des Körpers überdecken und an seine Stelle treten. Wenn das eingetreten ist, dann haben sich die Beschwerden verselbständigt und können auch chronisch bestehen bleiben, selbst wenn die ursprüngliche Ursache oder der Auslöser schon lange nicht mehr vorhanden sind.

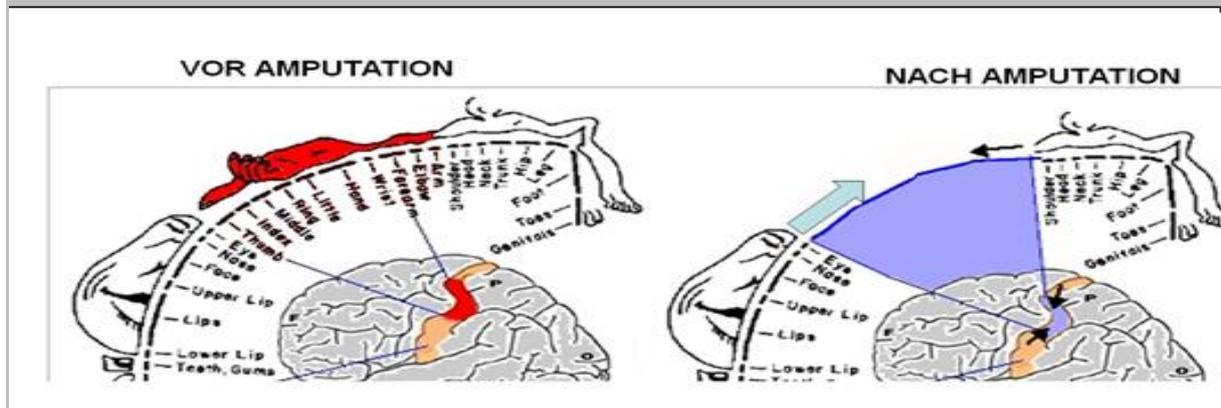
Chronische Schmerzen, besonders im Rückenbereich, sind ein exzellentes Beispiel dafür: Bei manchen Menschen treten nach unverhältnismäßiger physischer Belastung (z.B. schweres Heben aus dem Kreuz heraus), Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich auf. Diese können immer wieder auftreten, und manche Menschen werden diese Schmerzen gar nie wieder los, obwohl unzählige Untersuchungen beim Orthopäden, Radiologen und Neurologen keinen wirklich „fassbaren“ Grund liefern können: Das Röntgenbild oder die Computertomographie sind weitgehend unauffällig, die Nervenbahnen sind nicht geschädigt und auch sonst sind außer den Schmerzen keine handfesten krankhaften Veränderungen am Skelett vorhanden, die die Schmerzen erklären könnten. Die Ärzte sind oftmals ratlos und der Patient verzweifelt nicht selten, da seine Beschwerden weiterhin unvermindert fortbestehen und allenfalls durch starke Schmerzmittel vorübergehend zu lindern sind. Chronische Rückenschmerzen, bei denen sich in vielen Fällen keine eindeutige Ursache finden lässt, sind ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, wie sich Schmerzen verselbstständigen können und auch ohne äußere Ursache weiter fortbestehen können.

Exkurs: Wie ein krankhaftes Körperschema Phantomschmerzen verursachen kann

Ein weiteres, sehr eindrucksvolles Beispiel sind Phantomschmerzen. Phantomschmerzen treten bei einem großen Teil von Menschen auf, bei denen eine Gliedmaße (z.B. Hand, Arm, Unterschenkel etc.) oder ein anderer Körperteil (z.B. Brustamputation bei Brustkrebs) amputiert worden ist, und die nach der Amputation Schmerzen in eben diesem – nicht mehr vorhandenen – Körperteil empfinden. In vielen Fällen sind diese Phantomschmerzen nur durch Einsatz hoher Dosen von Opiaten (vom Morphin abgeleitete Schmerzmittel) halbwegs zu dämpfen.

Über die Ursachen von Phantomschmerzen gibt es viele unterschiedliche Theorien. Keine davon konnte jemals bewiesen werden. Nun konnte aber mit Hilfe modernster bildgebender Verfahren gezeigt werden, dass die Stelle im Gehirn, die vor der Amputation für die Empfindung und / oder Bewegung in der betroffenen Gliedmaße zuständig gewesen ist, nach der Amputation bei vielen Betroffenen ganz anders beansprucht wird. So wird z.B. das „Handareal“ im Gehirn nach der Amputation der Hand etwa dann aktiviert, wenn man den Mund bewegt, was vollkommen unphysiologisch ist, denn das Handareal ist ja für die Bewegung der Hand zuständig sowie für alle Empfindungen, die aus dem Handbereich kommen. Das Mundareal liegt im Gehirn übrigens in direkter Nachbarschaft zum Handareal. Wenn also durch eine Handamputation die normalen, gesunden Rückkopplungen aus der Hand an das Gehirn wegfallen, oder wenn krankhafte Signale aus Nervenfasern des Amputationsstumpfes quasi als „Rauschen“ das Gehirn fluten,

dann kann das Gehirn keinen Abgleich mehr zwischen dem Normalbild und dem aktuellen Zustand der Hand vornehmen.



Repräsentation der Hand im sensomotorischen Cortex (Hirnrinde). Links (rot): Normale Repräsentation des Handareals. Rechts: „Invasion“ von benachbarten Repräsentationen (z.B. Gesicht) in das Handareal nach Amputation.

Die Folge ist, dass sich Repräsentationen benachbarter Areale (z.B. des Mundes) anfangen über das Normalbild der Hand zu legen und sich mit diesem zu vermischen. Diese krankhafte Durchdringung und Vermischung führt dazu, dass das ursprüngliche Normalbild der Hand in ganz massiver Weise „verbogen“ und verändert wird. Das Resultat ist fatal und hinlänglich bekannt: massivste, selbst durch stärkste Schmerzmittel nur schwer zu beherrschende Phantomschmerzen.

1.5 IRT - Heilung durch Wiederherstellung des normalen Körperbildes

Das Hauptziel der IRT ist es, das krankhaft veränderte Selbstbild oder Normalbild wieder herzustellen. Dazu muss man wissen, dass das ursprüngliche, gesunde Selbstbild niemals ganz verschwindet oder gar ausgelöscht wird. So etwas ist wahrscheinlich auch gar nicht möglich. Es wird nur überlagert durch ein gestörtes, krankhaft verändertes Bild, was wir weiterhin als Störbild oder Störfeld nennen wollen.

Durch die Übungen, die bei der IRT durchgeführt werden, soll das Normalbild wieder in den Vordergrund hervorgeholt werden und das Störbild wieder ersetzen. Wie können diese Übungen das erreichen?

Wie nachfolgend noch ausführlich und im Detail dargestellt, beschließt man zunächst, den betroffenen Körperteil in der Vorstellung „kommen zu lassen“. Ohne sich besonders anzustrengen, beginnt man damit, sich selbst außerhalb seines Körpers befindend visuell vorzustellen, mit besonderem Augenmerk auf den betreffenden Körperteil, der Beschwerden bereitet. Was passiert dabei? Mit dem Beschluss, ein Bild der Gliedmaße in Ihrem Kopf entstehen zu lassen, wird auf einer unbewussten Ebene das Körperbild oder Selbstbild angesprochen. Ohne dass Sie das wollen oder gar beabsichtigen, wird Ihnen – je nachdem welche Störung vorliegt – ein entsprechend krankhaft verändertes Bild vor Augen kommen. Nun geht es aber weiter: Sie stellen sich nun visuell vor, wie sie mit der betreffenden Gliedmaße bestimmte Aktionen ausführen (z.B. Handfläche auf die Tischplatte auflegen, Tischkante umgreifen etc.). Damit werden weitere Elemente und Details des Körperbildes an die Oberfläche bzw. ins Bewusstsein geholt.

So berichten manche Patienten, dass sie bei der vorgestellten Bewegung starke Schmerzen empfinden oder Verkrampfungen oder andere Missempfindungen. All diese „unnormalen“ Empfindungen sind Bestandteil des Störbildes im Gehirn. Wenn Sie es bei dieser Übung belassen würden, würden Sie keinen Therapieerfolg erzielen. Deshalb kommt nun der entscheidende Schritt: Nachdem sich das visuelle Bild des vorgestellten Körperteils, mitsamt all den zusätzlichen Empfindungen, die dadurch mit an die „Oberfläche“ geholt worden sind, in ihrer Vorstellung stabilisiert hat, brechen Sie diese Vorstellung ab, indem sie die Vorstellung wieder in ihren realen Körper quasi „zurückholen“ und sich nun auf die reale Empfindung aus dem betreffenden Körperteil konzentrieren. Diese beiden Vorgänge: „hinein in die Vorstellung“ und „raus aus der Vorstellung“ bilden zusammen einen **Zyklus**. Ein Zyklus ist die kleinste therapeutische Einheit während der IRT. Leider ist es aber auch hier wie im realen Leben: Für wenig bekommt man wenig! Wenige Zyklen bringen wenig Linderung, viele Zyklen bringen viel Linderung!

Damit hätten wir bereits das nächste wichtige Element der IRT angesprochen: Die Häufigkeit der Zyklen und ihre Geschwindigkeit. Dabei gilt folgende Faustregel: *Je mehr Zyklen sie ausführen und je schneller dies vonstatten geht, umso höher ist die Wirkung auf die realen Beschwerden.* Am Anfang ist es üblich, dass man mehrere Minuten für einen einzelnen Zyklus benötigt. Je mehr Sie üben, umso höher wird die Geschwindigkeit Zyklen sein. Eine Wiederholungsrate von mindestens 20-30 Zyklen pro Minute ist anzustreben. Bei dieser Geschwindigkeit zeigen sich auch die besten Heilerfolge, die im übrigen sofort, also noch während einer IRT – deutlich zu spüren sind!

Warum ist dieser wiederholte schnelle Aufbau und Abbruch der Imagination so wichtig? Die genauen Grundlagen sind unklar, aber es gibt mehrere plausible Erklärungsmöglichkeiten:

Wenn Sie das erste Mal versuchen, sich einen Körperteil visuell vorzustellen, dann ist das für das Gehirn eine ungewohnte Aktivität. Es ist anstrengend. Und die Bilder, die sie erhalten, sind anfangs meist noch recht unklar, verwaschen und undeutlich. Je öfter das Gehirn aber diese Übung wiederholt, umso besser gelingt die Vorstellung: die vorgestellten Bilder werden klarer, schärfer, intensiver. Das gut geübte Gehirn benötigt auch weniger Zeit und Kraft, um diese Vorstellungen aufzubauen. Man kann diesen Übungseffekt auch mit dem Erlernen eines neuen Handgriffes oder einer neuen Tätigkeit vergleichen: Am Anfang fällt es noch schwer, eine neue Bewegung auszuführen (z.B. beim Musizieren) aber mit jeder weiteren Wiederholung werden die Bewegungen leichter, flotter. Auch werden Sie präziser und genauer. Genau der gleiche Übungseffekt tritt im Gehirn auf, wenn Sie sich etwas visuell vorstellen.

Wenn Sie sich nun ihre Hand visuell vorstellen, dann sprechen sie auf einer unbewussten Ebene das im Gehirn gespeicherte „Selbstbild“ der Hand an. Und wie wir bereits eingangs sagten, besteht dieses Selbstbild nicht nur aus visueller Information sondern aus Informationen, die aus allen Sinneskanälen gespeist werden: Im Selbstbild (z.B. auf die Hand bezogen) sind alle Empfindungen abgespeichert, die diese Hand jemals erlebt hat: wie es war, wenn Sie ihre Hand auf eine kühle, glatte (Tisch-)platte gelegt haben, denn das haben sie in der Vergangenheit schon oft getan. Wie es sich anfühlt, wenn sie Ihre Fingergelenke beugen und ihre Handmuskeln anspannen, denn das haben sie schon tausend- oder gar millionenfach in Ihrem Leben gefühlt, wann immer sie eine Handbewegung ausgeführt haben. Alle diese Empfindungen sind im Selbstbild abgespeichert. Und durch die visuelle Vorstellung der Hand (und ihrer Bewegung), werden alle diese Informationen wieder auf die bewusste Ebene gehoben, wo sie sie dann auch bewusst in der Vorstellung wahrgenommen werden. Dazu gehören auch Informationen die im „Störbild“ abgespeichert sind. Daher kommt es auch zu Schmerzen oder anderweitigen Beschwerden in der Vorstellung, wenn eine Störung des Selbstbildes vorliegt.

Dieses Phänomen wird auch als „Resonanz“ bezeichnet: Sie erhalten, durch ihre Vorstellung angestoßen, eine Rückmeldung, die sich direkt aus dem aktuellen Selbstbild / Störbild des betreffenden Körperteils speist. Je öfter Sie die Vorstellung nach einem Zyklus beenden und ihr Gehirn in einem neuen Zyklus erneut eine Rückkopplung vom Selbstbild erhält, um so größer ist die Chance, dass das Normalbild, also das ursprüngliche, gesunde, Selbstbild zum Vorschein gelangt und das krankhafte Störbild wieder verschwindet. Wir sagten bereits eingangs, dass das Normalbild ja niemals aufhört zu existieren, es wird allenfalls von einem gestörten Bild überlagert. Die schnellen Vorstellungszyklen während der IRT stellen offenbar einen ganz starken Reiz dar, aufgrund dessen das „verschüttete“ Normalbild sich wieder entfalten kann. So kommt es, dass während einer IRT Sitzung der Patient berichtet, wie seine vorgestellte Wahrnehmung (visuelle Wahrnehmung von Form, Farbe, Gestalt, Berührungsempfinden, Bewegungsempfinden, Temperaturempfinden, Lageempfinden etc.) des betreffenden Körperteils immer klarer, deutlicher und schärfer wird, während die aus dem Störfeld stammenden krankhaften Wahrnehmungen (Schmerz, Missempfindungen aller Art etc.) mit jedem weiteren Zyklus immer mehr verblassen. Je stärker und besser das Normalbild zum Vorschein kommt, desto schwächer wird das Störbild. Dieser Effekt ist dermaßen gut reproduzierbar und verblüffend, dass viele Patienten dies schon als eine Art „Wunderheilung“ bezeichnet haben und beinahe gar nicht fassen können, wie prompt und nachhaltig Ihre aktuellen Beschwerden sich dadurch lindern oder gar ganz auflösen lassen. Die Voraussetzung dafür ist aber, dass viele Zyklen in schneller Abfolge gemacht werden. Und dies erfordert ein hohes Maß an Konzentration und Motivation. Bei der IRT ist also der Patient gleichzeitig auch sein eigener „Heiler“.

1.6 Spiegelzellen – oder warum es wichtig ist, die Augen geöffnet zu halten

Ein weiteres Grundprinzip der IRT ist, dass man sie stets mit geöffneten Augen durchführt. In der Regel nimmt man eine bequeme Sitzposition ein, wobei sich im Blickfeld unbedingt ein realer Gegenstand (z.B. ein Tisch etc.) befinden muss. Man schaut auf diesen Gegenstand und stellt sich dazu vor, dass ein vorgestellter Körperteil in Kontakt mit dem realen Tisch kommt. Natürlich könnte man auch alles nur in der Vorstellung geschehen lassen, also den eigenen Körper, die Umgebung und auch die Gegenstände, mit denen der Körperteil in Kontakt treten soll. Aber, es hat sich klar gezeigt, dass der gleichzeitige Gebrauch beider Informationskanäle - die visuelle Vorstellung zusätzlich

zur real wahrgenommenen Umgebung – einen außerordentlichen Verstärkereffekt ausübt und das IRT dadurch ungleich effektiver wird. Zu der Frage, warum das so ist, gibt es mehrere plausible Erklärungsmöglichkeiten:

Das erste Grundprinzip der IRT lautete, dass man das gestörte Selbstbild wiederherstellen will. Dieser Prozess alleine beansprucht bereits in hohem Maße die Vorstellungskraft. Wenn die Vorstellungsleistung sich aber nicht nur auf den eigenen Körper bezieht sondern zusätzlich dazu verwendet werden muss, den Umgebungsraum inklusiver diverser Gegenstände bildhaft zu erzeugen, dann werden für den Kern der therapeutisch wirksamen Prozesse wertvolle Ressourcen „abgezweigt“ und stehen dann für die Vorstellungsprozesse, die den eigenen Körper betreffen, nicht mehr in vollem Umfang zu Verfügung.

Ein zweiter, wahrscheinlich noch wichtigerer Grund könnte in den so genannten „Spiegelneuronen“ liegen. Dies sind bestimmte Nervenzellen im Gehirn, die immer dann zum „mitmachen“ aktiviert werden, wenn wir etwas beobachten: Wenn wir sehen, wie eine andere Person das Gesicht vor Schmerz verzerrt, weil sie sich z.B. mit einem Hammer auf den Daumen gehauen hat, dann erzeugt dieser Anblick schon unangenehme – zuweilen auch schmerzhafte – Empfindungen in unserem eigenen Daumen. Oder wenn wir jemanden beobachten, der an einem Glas mit einer Flüssigkeit riecht und dabei einen Ausdruck des Ekels zeigt, dann empfinden wir – durch den bloßen Anblick – bereits selbst Ekelgefühle. Auch wenn eine Person einfache Bewegungen vollführt, z.B. einen Gegenstand ergreift oder einen Ball wirft, werden in unserem Gehirn, über das Spiegelneuronensystem vermittelt, Systeme aktiviert, die die gleiche Bewegungsausführung planen. Man vermutet, dass die Spiegelneurone dazu dienen, dass wir durch Beobachten neue Dinge zu lernen in der Lage sind, was ja in besonderem Maße auch für den Spracherwerb von Bedeutung ist.

Es wäre nun nicht abwegig anzunehmen, dass durch die Kombination einer vorgestellten Bewegung oder auch von abwechselnder An- und Entspannung, wie wir sie beim z.B. beim Schließen und Öffnen der Faust verrichten, vor dem Hintergrund einer realen, auch beobachteten, Kulisse, dieses Spiegelneuronensystem ebenfalls aktiv wird und dazu beiträgt, dass das Gehirn Informationen zu einem betreffenden Körperteil schneller, stärker und besser ansprechen kann. Ich werde dies an einem Beispiel illustrieren: Wenn sie sich einen Tisch bloß vorstellen, und ihre Hand in ihrer Vorstellung auf den Tisch legen, dann werden sie nur wenig Rückkopplung erhalten. Die Vorstellung wird nur wenige Informationen aus dem Selbstbild der Hand hervorholen. Wenn Sie sich aber vorstellen, wie sie Ihre Hand auf eine Tischplatte legen und sie sehen nun gleichzeitig eine reale kalte, glatte Marmorplatte, dann wird ihnen allein vom Anblick dieser Platte bereits kalt werden in der vorgestellten Hand. Auf diese Weise verstärken die real wahrgenommenen Inhalte die vorgestellten Inhalte und führen dazu, dass die IRT sehr effektiv an alle im Selbstbild gespeicherten (und verschütteten) Informationen herankommt und diese zum Vorschein bringt.

II. Praktische Einführung

Mit IRT werden Sie vom Patienten, dem Leidenden, zum **Anwender**, dem **aktiv Forschenden**.

Als Starthilfe ist eine Einführung durch einen trainierten „Aufmerksamkeitsleiter“ ratsam. Dialogarbeit ist für den Anwender leichter und effektiver. Oft ist nur Eigen-Arbeit möglich. Am besten ist beides.

Da die Übungen nur in der Vorstellung vorgenommen werden und weder von Medikamenten noch Körperberührung abhängig sind, sind sie vielfach anwendbar. Sie wirken oft erstaunlich schnell, besonders bei Soforthilfe. Aufmerksamkeitsleitung ist auch telefonisch und an Gruppen möglich.

Es sind an die 100 positive Anwenderberichte über eine breite Palette von Krankheiten hier aufgeführt, zum Teil recht erstaunlicher Art. Das ist ein Anfang - die Grenzen für IRT sind noch zu erforschen.

IRT nützt die Beziehungen zwischen der Vorstellung und Körperfunktionen. Als bekannte Beispiele:

- ◆ Spitzensportler trainieren Abläufe imaginativ, um auf Hochform zu kommen.
- ◆ Eine tieftrancefähige Person erlebt in Hypnose verbal suggerierte Situationen körperlich: Z.B. kann sie in einer Wüste Sahara schwitzen, am Nordpol frieren und dazu Sonnenbrand oder Frostbeulen erleiden, wie auch generell suggestiv die verschiedensten Krankheitssymptome.
- ◆ Tests zufolge wirken Placebo-Pillen oder Operationen oft so gut wie die echten Wirksubstanzen

2.1 Vorstellung und Resonanz

Diese basiert auf der folgenden reproduzierbaren Beobachtung:

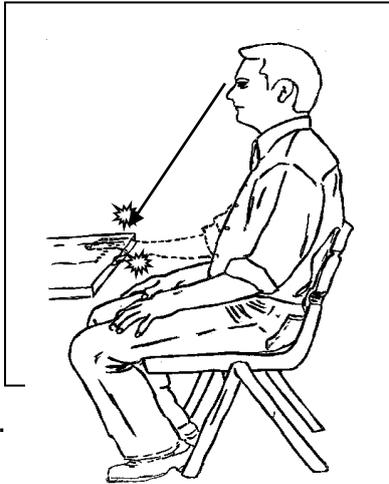
Der Anwender beschließt, sich in Lebensgröße einen eigenen Körperteil in der unmittelbaren Umgebung seines wirklichen Körpers vorzustellen. Dann entspricht das spontan erscheinende „Körperbild“ dem Zustand des wirklichen Körperteils: Wenn dieser gesund ist, ist das Körperbild warm, gut durchblutet, leicht beweglich;

Oder wenn krank, ist es kalt, schmerzhaft, schlecht durchblutet, steif, schlapp, gefühllos, geschwollen, ausgetrocknet, etc.

Dies wird auch als „Resonanz-Phänomen“ bezeichnet: Es findet auf unbewusster Ebene – ohne dass dies durch ein willentliches Dazutun beeinflusst wäre – eine unmittelbare Rückkopplung statt zwischen der Vorstellung des Körperteils und den damit automatisch an die Oberfläche geholten Empfindungen (taktil, kinästhetisch, Schmerz, Temperatur, Propriozeption etc.), die den aktuellen Zustand des vorgestellten Körperteils wieder spiegeln.

2.2 Der Zyklus

Beim Beispiel einer kranken, operierten oder verunfallten Hand unternimmt man diesen Zyklus:



1. Man beschließt, ohne sich körperlich zu bewegen, sich die Hand am Tischrand vorzustellen und beobachtet neugierig das erscheinende „Körperbild“, ohne es zu verändern; auch wenn es z.B. nicht oder nur schlecht geistig sichtbar wird, akzeptiert man dies als Teil des „Körperbildes“.
Der taktile (Berührungs-) und der kinästhetische (Bewegungs-)Sinn des „Körperbilds“ wirken aber immer mit Bezug auf die mit offenen Augen angeschaute Tischplatte.
2. ein Zugriff, wird beschlossen und dessen Wirkung, z.B. 1g beobachtet.
3. Die Anstrengung wird losgelassen und die lokale Entspannung/ Schmerzreduktion zur Stabilisierung beobachtet.
4. Das „Körperbild“ wird auf sein wirkliches Gegenstück zubewegt und sein Verschwinden dort beobachtet.

Dieser Zyklus verursacht eine kräftige Belebung/Entspannung des Körperteils, die auch autonome (Adern, Organe etc. kontrollierende) Muskeln umfasst, oft mit Kribbeln, Erwärmung, besserer Blutzirkulation, allgemeiner Erleichterung von Symptomen.

Rückkoppelung oder Feedback!

Diese zyklische Aktivität mit dem „Körperbild“ hat Heilwirkung - je mehr Zyklen, desto besser.

Die Heilwirkungen verstärken sich umso mehr, desto mehr Zyklen durchgeführt werden.

Ein erster Zyklus mit gründlicher Beobachtung, die ein erfahrener Aufmerksamkeitsleiter (AL) durch Abfragen vertieft, mag verschieden lang dauern. Erfolgsdruck und Eile verhindern den Prozess.

Die Zyklen werden oft beim Anwender von Wellen intensiver Müdigkeit begleitet, die „abgeghänt“ werden, wobei ein AL, der den Anwender im Dialog durchzieht, fast unabhängig ist. Später sind die Begleiterscheinungen andere Emotionen, Gedanken und Erinnerungsbilder, die auch bis zur jeweiligen Stabilisierung nur neutral zu beobachten sind.

Dieses wird fortgeführt bis die Symptome, auch mit anderen Beanspruchungen des Körperbildes - Greifen, Zerren, Schieben, etc. und u. U. der Verwendung umfassenderer Körperbilder, behoben sind.

2.3 Bestätigung

Bei der Arbeit mit einem Aufmerksamkeitsleiter bestätigt dieser die Ausführung einer jeden Instruktion auf neutrale Art und Weise, indem er „gut“, „O.K.“ oder „schön“ zum richtigen Zeitpunkt gezielt, klar, deutlich und **nur** mit der Absicht, einen Abschluss zu markieren, sagt.

Diese Bestätigung erfolgt erst, wenn der Anwender die Auswirkungen bis zu einer Stabilisierung beobachtet hat. Somit bestimmt die Beobachtung der Stabilisierung den Zeitpunkt der Bestätigung. Die Bestätigung als Abschluss setzt Aufmerksamkeit des Anwenders frei für die nächste Instruktion. Die präzise Ausführung der Bestätigung wie auch des Gebens der Instruktionen ist ein grundlegender Teil des Trainings eines Aufmerksamkeitsleiters.

In Eigenarbeit ist es ratsam, dass der Anwender sich selbst ein hörbares oder fühlbares Signal als Bestätigung gibt, z. B. indem er mit einem Stift oder Finger klopft. Wenn das nicht möglich ist, sagt er es sich in Gedanken (*nachfolgend: Bestätigung = Best.*).

Ein Aufmerksamkeitsleiter muss für die Dauer einer Übungsperiode eine nicht bewertende deutliche Kommunikation mit dem Anwender aufrecht-erhalten. Das können nur wenige Leute ohne Training. Das gilt auch für den Eigenanwender in Kommunikation mit seinen Vorstellungen.

2.4 Endübung einer Sitzung

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Umgebung, d.h. auf den Raum mit seinem Mobiliar und stellen Sie fest, ob und wie sich die Qualität Ihrer optischen Wahrnehmung verändert hat.

Nach einer Sitzung mit mehreren abgeschlossenen Übungszyklen ist immer feststellbar, dass Ihnen auf einen Blick – ohne Bemühungen – viel mehr Details auffallen. Die Umrisse sind schärfer und die Farben kommen leuchtender und differenzierter hervor. Auch ist die Tiefenschärfe meist deutlich besser und der Blickwinkel spontan weiter. Je mehr Zyklen durchgeführt wurden, desto auffälliger ist diese Wirkung. Schauen Sie sich um und genießen Sie das!

Wenn ein Brillenträger während der Sitzung die Brille abgenommen hat, wird ihm dies auch ohne die Brille auffallen und noch mehr, wenn er sie wieder aufsetzt.

Lassen Sie in Ihrer Vorstellung den Teil des Raumes kommen, der hinter bzw. seitwärts von Ihrem Körper außerhalb Ihres optischen Sichtbereiches liegt.

Dabei ist es wichtig, dass Sie mit soviel Sinneskanälen wie möglich agieren, aber mindestens mit Ihrem Raumgefühl. D.h. lassen Sie zunächst die Grobstruktur des Raumes hinter Ihrem Körper kommen, und dann Details soweit verfügbar. Es geht nicht um Genauigkeit oder eine Annäherung an optisches Sehen, sondern darum, irgendwelche Wahrnehmungen der raumdefinierenden Umgebung außerhalb Ihrer optischen Sicht kommen zu lassen. Indem Sie in der Vorstellung die vorhandenen Wände durchdringen, können Sie die Wahrnehmung um Ihren Körper herum auf benachbarte Räume und dann auf die gesamte Wohnung/Etage erweitern.

Zusätzlich lassen Sie dann in der Vorstellung, wenn auch vage, die Wohnungen oberhalb und unterhalb dieser Wohnung und schließlich von einer Rundumsicht des ganzen Hau-

ses, wenn möglich mit einem Teil Umgebung (benachbarte Häuser, Gärten, etc.), immer mit einer proportionalen Tiefe von Boden, kommen.

Diese Übung wirkt im Allgemeinen sehr erfrischend.

Sie überwindet eine Einengung, die viele Menschen normalerweise in ihrem eigenen Raum, der Vorstellung, von hinten oder von einer anderen Richtung unbewusst verspüren.

Diese Wirkung tritt auch schon ein, wenn in einer ersten Übung nicht mehr als ein oder zwei Zyklen oder sogar Teilzyklen abgeschlossen wurden. In dem Fall ist sie die Konsequenz davon, dass normale Muskelanspannungen oder Bewegungen einzelner Muskelteile wie auch von etwaigen Schmerzen genauer differenziert wahrgenommen wurden.

Generell befreit die Abschaltung von Schmerzen viel Aufmerksamkeit, die sich in verbesserter Vorstellungsfähigkeit niederschlägt. Die Vorstellung von viel Detail, welches Sie mit den Augen sehen würden, spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Auch ist es unwichtig, ob Sie die Räume kennen oder nicht. Es geht darum, in der Vorstellung um sich herum einen erweiterten Raum mit viel Materie darin ohne Anstrengung wahrnehmen zu können. Das wird ein Wohlgefühl und Wachsein im eigenen Raum auslösen sowie meistens etwaige Restschmerzen im Körper abschalten. Damit können Sie die Sitzung gut beenden.

2.5 Spezielle Anwendungen der IRT

2.5.1 Erste Hilfe

Als „erste Hilfe“ auch mit körperlichem Schaden und Schock und baldmöglichst nach einer selbstverständlichen medizinischer Notversorgung angewendet, bringt IRT schnelle Wirkungen: Schocks, Blutergüsse, Schwellungen, Blasen, Zerrungen mitsamt ihren Schmerzen verschwinden oder, wenn man sie früh genug behandelt, treten nur ganz kurz auf, offene Wunden auch unter Verbänden, heilen viel schneller, Juckreiz hört auf. Das bezeugen viele Erfahrungsberichte.

2.5.2 Chronische Beschwerden

Diese erfordern konsequentes, häufigeres Training. Dieses ergibt schrittweise, kumulative Besserung auch emotionelle, z.T. wegen erfolgreichem Eigentraining.

2.5.3 Bewusstseinsweiterungen in den Körper

Die Wirkungen erweitern sich von den vorgestellten Berührungsstellen mit Objekten der Umwelt über das ganze Körperbild und auch in den wirklichen Körper hinein. Nach mehr oder weniger Zyklen wird das Körperbild auch für anfangs an bildlicher Vorstellung Benachteiligte schrittweise visuell, wenn auch oft zunächst noch nicht realistisch.

Zusätzlich kann das „Körperbild“ spontan oder auf Anfrage des AL hin zusätzlich hautdurchdringend werden, z.B. sich auf Knochen, Gelenke, Muskeln, Adern, Gewebe, Organe, Zellen etc. ausdehnen. Das kann mit fortschreitender Anzahl sich beschleunigender Zyklen zu weiterer Auflösung bis in gleichzeitig wahrgenommenes mikroskopisches Detail des ganzen Innenlebens des Körperbildes bis zur vielfarbigem, pulsierenden, lebendigen

Annäherungen an die Wirklichkeit fortschreiten, mit dann vom Anwender „mitgesehen“ schnelleren Heilungsphänomenen.

2.5.4 Hochfrequenz-Zyklen

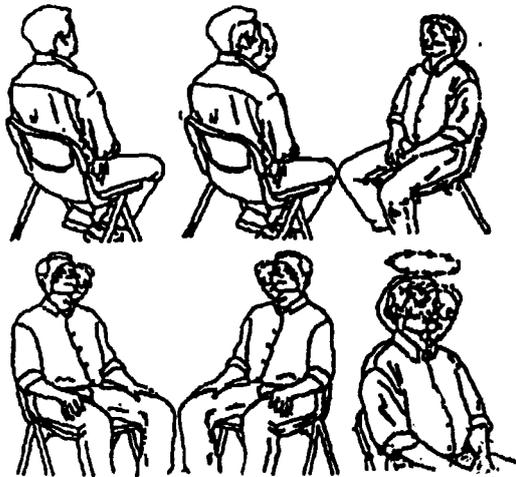
Die Zyklen können spontan eine Frequenz erreichen, die nur in der Vorstellung möglich ist und die nicht mehr verbal begleitbar ist, außer in einem minimalisierten Dialog mit einsilbigen „Ausführungsansagen“ des Anwenders und ebensolchen Bestätigungen des AL. Das lässt den Anwender Tausende von Zyklen erfahren, z.B. bei 60 Zyklen/Min. 3'600 Zyklen/Std., davon jeder mit dem oben erwähnten Detail. Das klingt unvorstellbar, ist aber Erfahrungstatsache.

Das führt über kurz oder lang zu spontanen Abschluss-Phänomenen, wie unbändigen Lachsalven - als Gegenpol zum anfänglichen Abgähnen von Unbewusstheit - mit persönlichen Erkenntnissen, emotionellen Erleichterungen bzw. Hochgefühlen, Verbesserung der Sinneswahrnehmungen und Heilung, d.h. zu induzierten Spontanheilungen. Dafür gibt es auch mehrere Erfahrungsberichte.

Um das zu erreichen, muss aber der Anwender motiviert und der AL gut trainiert und erfahren sein.

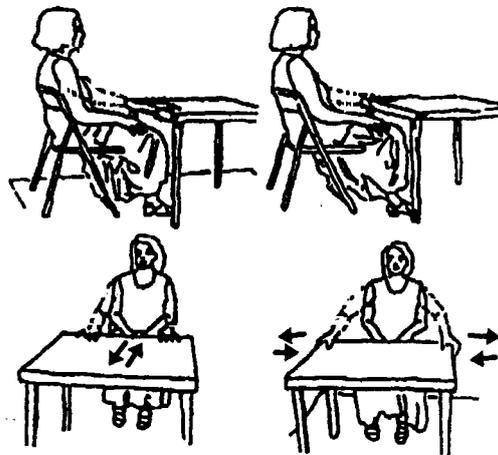
1.4.5 Überblick über häufig gebrauchte Vorstellungen bei der IRT

Vorgestellter Kopf auf realem Rumpf



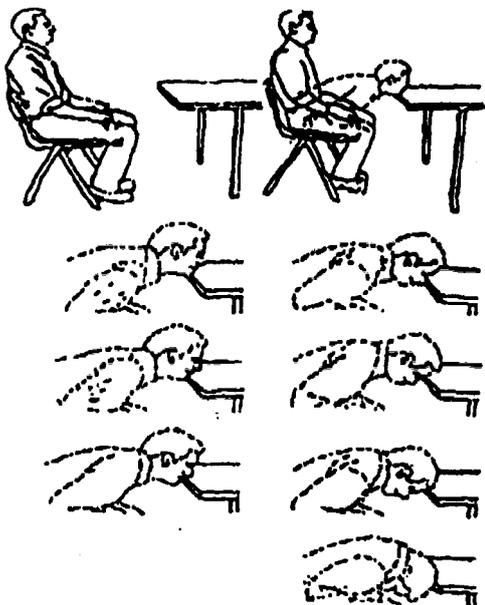
Bei Schwindel, Nacken- & Schulterverspannung
HWS-basierte Kopfschmerzen
Bei Computerstress in Gruppen behandelbar.

Vorgestellte Hand/Arm an realen Tisch



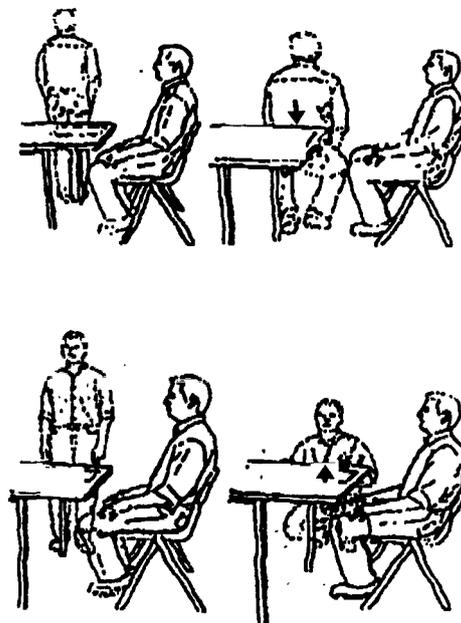
Unfall/Postoperative/Krankheits-Schäden
Händen, Schultern, Brustbereich, Bronchitis,
Asthma, manche Gelenkschmerzen

Vorgestellter Kopf am realen Tisch



Heuschnupfen, Kopferkältungen, Neuralgische
Schmerzen, Kiefer- und manche Zahnschmerzen,
Zahnfleisch. (12*)

Vorgestellte Ganzkörper am realen Tisch

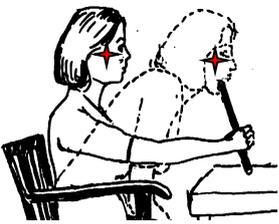
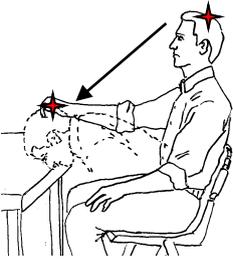


Organbedingte Rückenschmerzen von Bandscheiben,
Muskeln etc.
Stress-induzierte Bauchschmerzen,
Herzrhythmusstörungen

2.7 Kombinationen von Vorstellungen mit Realkörpern

Für den Fall von Berührung als Referenzwahrnehmung muss man den propriozeptiven Sinn zu den anderen fünf Sinnen dazurechnen. Das ist so, weil der eigene Körper für die Wahrnehmung-der-Wahrnehmungs-Einheit auch ein Objekt im klassischen Sinne darstellt.

Dadurch ergeben sich folgende praktisch wirksame Kombinationen:

	<p>1. Außenberührung von Teil- oder Ganzkörperbild am optisch gesehen oder taktil erspürten Objekt der Umgebung – z.B. vorgestellte Hand am Tisch mit Muskel-Anspannung /Entspannung /Bewegung bei kranker oder verunfallter Hand</p> <p>oder</p>
	<p>vorgestellter Zahn/Gaumen im Mund des Kopf-Körperbildes, im letzteren Fall mit einem in der wirklichen Hand gehaltenen wirklichen Stift, Löffel etc. zwecks punktueller Berührung für schnelle Heilung nach Zahnoperationen (sternmarkiert für Zahn im rechten Oberkiefer) etc. Das gilt auch für andere Körperöffnungen.</p>
	<p>2. Vorgestellter Körperteil teils außerhalb des realen Körpers und dazu in relativer Bewegung zum realen Körper, propriozeptiv wahrgenommen, z.B. Kopfnicken/Kreisen in der Vorstellung relativ zu dem wirklichen Körper, siehe Bild: Übung für Vertigo (Schwindel) oder auch entsprechende Fuß-/Hand-/Bein-/Arm-/Kiefer-/Zungen-Bewegungen mit Auswirkungen auf die /Gelenke/Muskeln /Wirbelsäule /Knochengerüst etc.</p>
	<p>3. Reale Hand mit Finger oder Stift zur punktuellen Berührung in vorgestellte Teilkörper/Ganzkörper hinein, an Stellen wo in der Vorstellung Defekte als irgendwie andersgeartete Gebilde wahrgenommen werden, z.B. seitwärts oder vorne an der Wirbelsäule bei Bandscheibenschäden, oder direkt im vorgestellten Gehirn (im Bild sternmarkiert) oder am vorgestellten Herz.</p>
	<p>4. Vorgestellte Hand mit Fingern oder Stift zur punktuellen Berührung in den wirklichen Körper hinein an Organen mit Schäden, z.B. Gehirn. In dieser Kombination sind die Bedingungen am besten, Heilwirkungen objektiv mittels bildgebender Verfahren verfolgen zu können. Hier nämlich kann der wirkliche Körper stillgehalten werden, wie es die Apparaturen (MEG, fMRT) erfordern.</p>

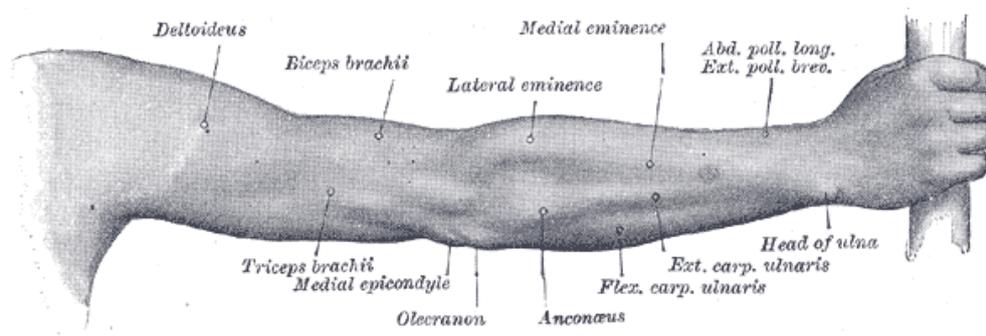
III. SPEZIELLER TEIL: ÜBUNGSANLEITUNGEN

3.1 Hände / Arme

3.1.1 Anwendungsgebiete

- Akute und chronische Beschwerden, die mit Schmerzen, Schwellungen oder Bewegungseinschränkungen einhergehen, im Bereich der Finger, Hände, Handgelenke, Unterarme bis zu den Schultern
- Bei Zustand nach Verletzungen, Brüchen, Stauchungen oder Operationen im Bereich der Hände oder Arme
- Bei Durchblutungsstörungen und Gefühlsstörungen im Bereich der Arme und Hände

3.1.2 Anatomie



Arm gestreckt, Oberflächenansicht von hinten (dorsal).

Der menschliche Arm ist ein hoch entwickeltes Stütz- und Greifwerkzeug. Das Schultergelenk bietet als Kugelgelenk einen außerordentlich großen Bewegungsradius, was uns ermöglicht die Arme vor, hinter, über und seitlich vom Körper auszuüben. Diese Bewegungsfreiheit wird jedoch erkaufte mit einer geringeren Stabilität: Je nachdem, wie gut der stabilisierende Muskel- und Bandapparat (Rotatorenmanschette) ist, kann es unter größerer Belastung zum Auskugeln der Schulter kommen. Fehlbelastungen (wie z.B. häufiges Überkopparbeiten) werden vom Schultergelenk ebenfalls übel genommen und

es kann gelegentlich zu schmerzhaften degenerativen Veränderungen im Schulterbereich kommen.

Die Oberarmmuskeln dienen im Wesentlichen dazu, den Unterarm zu beugen (Biceps) oder zu strecken (Triceps). Diese Strukturen sind sehr stabil und es kommt nur selten oder nur nach Extrembelastung zu Schädigungen.

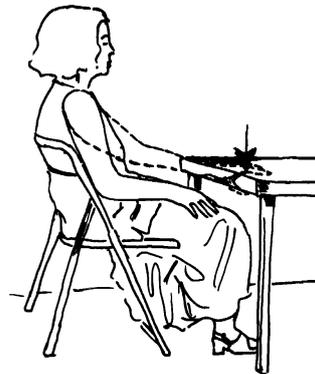
Die Unterarmmuskulatur und der dazugehörige Sehnenapparat ist für feste (z.B. Faustschluss) und filigrane (z.B. Fingertippen) Bewegungen im Handgelenk und in den Fingern zuständig. Insbesondere der weit verzweigte Sehnenapparat der Hand ist anfällig für Entzündungsreaktionen (Sehnenscheidentzündung) bei andauernder Fehlhaltung z.B. beim Maschine schreiben oder beim Spielen eines Instrumentes.

Die Komplexität der Hand wird allein schon durch ihre anatomische Struktur angezeigt: 14 Knochen und 33 Muskeln sind daran beteiligt Greifen, Halten und den hochpräzisen manuellen Gebrauch von Werkzeugen zu ermöglichen. Der Mensch macht sich die Fähigkeiten der Hand auch zum spielen von Musikinstrumenten und zum Schreiben zu nutze.

3.1.3 Übungsanleitungen

3.1.3.1 Übungen mit einer Hand

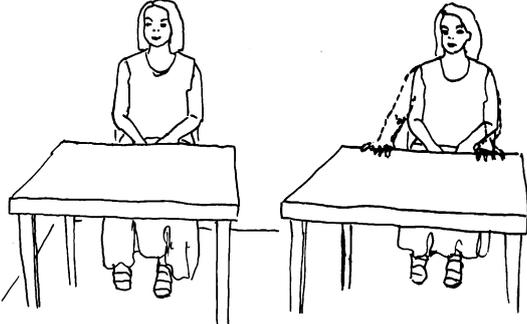
Schauen Sie immer auf den Teil des Tisches, an dem die vorgestellte Aktion durchgeführt wird. Lassen Sie während jeder einzelnen Aktion ihre volle Aufmerksamkeit auf den Vorgängen ruhen. Lassen Sie Ihre Empfindungen, das leibliche Spüren, die Bilder, die kommen, zu, beobachten Sie. Können Sie diese Aufmerksamkeit halten (ist sie ‚stabil‘), bestätigen Sie dies und gehen über zum nächsten Schritt.



1.	<p>Setzen Sie sich in bequemer Haltung an einen Tisch, der möglichst direkt vor Ihnen eine klar definierte Kante und möglichst keine glatte Oberfläche hat. Oder Sie legen auf einen Tisch mit einer glatten Oberfläche ein Tischtuch mit einem fühlbaren Muster, eine Matte oder ein Deckchen etc.</p> <p>Betrachten Sie den Tisch an der Stelle, an der Sie eine vorgestellte Hand kommen lassen. Sie können das mit der richtigen Hand vorher kurz ausprobieren.</p> <p><i>Wenn Sie die Hand wieder weggenommen haben, nehmen Sie alle Einzelheiten an dieser Stelle wahr bis nichts Weiteres mehr auftaucht.</i></p>	Best.
1.1	<p>Beschließen Sie an der Tischkante eine vorgestellte Arbeitshand kommen zu lassen (Daumen unter dem Tisch) plus Arm bis zur Schulter, wo das Vorgestellte in den wirklichen Körper übergeht. Das Bild geht von der rechten als der Arbeitshand aus.</p> <p><i>Beobachten Sie neugierig das erscheinende „Körperbild“ ohne Beurteilung und ohne absichtliche Veränderung, z. B. auch wenn dieses nicht oder auch nur unvollkommen sichtbar wird, akzeptiert man dies als Teil des Körperbildes.</i></p> <p><i>Stellen Sie fest, wie sich die Oberfläche und die Unterfläche des Tisches sowie die Kante anfühlen, sowohl bezüglich Glätte, Rauheit, Maserung, Textilmuster des Tischtuchs, Temperatur etc.</i></p> <p><i>Wenn sich nichts mehr ändert:</i></p>	Best.
1.2	<p>Greifen Sie mit der vorgestellten Hand zu.</p> <p><i>Stellen Sie fest, wie sich die berührten Teile des Tisches unter Kraftanwendung anfühlen.</i></p> <p><i>Wie fühlt sich die Musterung unter Druck an?</i></p> <p><i>Wie fühlt sich die vorgestellte Hand unter Druck an?</i></p> <p><i>Beobachten Sie, wie in den Fingerspitzen das Blut weggedrückt ist, beobachten Sie Muskel- und Sehnenanspannungen in der Hand, im Handgelenk, im Unterarm etc.</i></p> <p><i>Die Kraft des Zugriffes wird nicht vorgegeben, sondern auch „kommen gelassen“. Kann sich bei weiteren Zyklen ändern, wie andere Details auch.</i></p> <p><i>Wenn sich nichts mehr ändert:</i></p>	Best.
1.3	<p>Lassen Sie den Griff los (die vorgestellte Hand liegt noch auf dem Tisch).</p> <p><i>Wie fühlt sich der Tisch jetzt an bezüglich der fühlbaren Musterung, was hat sich zu vorher verändert, Blut ist wieder in den Fingerspitzen, generelle Entspannung, sich ausbreitende lokale Erwärmung bis sich nichts mehr ändert, etc.</i></p>	Best.
1.4	<p>Bewegen Sie die vorgestellte Hand in die wirkliche hinein.</p> <p><i>Es wird nichts darüber gesagt, wie dieses vorzunehmen ist. Das Wie wird offen gelassen.</i></p> <p><i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass die vorgestellte Hand verschwunden ist.</i></p> <p><i>Die vorgestellte Hand löst sich in der wirklichen Hand auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen an der wirklichen Hand.</i></p> <p><i>Auch wenn es keine fühlbare Veränderung gibt, gilt dieses als Beobachtung, da in jedem Fall die bearbeitete Hand bedeutend gegenwärtiger</i></p>	

3.1.3.2 Übungen mit beiden Händen

Wenn an der einen Hand weniger Änderungen pro Zyklus vorkommen und diese auch leicht und schnell vor sich gehen, kommen Sie zur anderen Hand:

Neuer Zyklus		
4.	Führen Sie die Übungen 1. bis 3. mehrfach mit der anderen Hand durch. <i>Beobachten Sie, wie sich Hand und Arm recht unterschiedlich von der Arbeitshand anfühlt, sowohl in der Vorstellung wie in der Wirklichkeit.</i>	Best.
4.1	Führen Sie die Übungen mit der zweiten Hand so lange durch, bis weniger Veränderungen zur Arbeitshand auftreten und die Zyklen leichter und schneller werden. Dann wird sich die zweite Hand und der Arm an die Arbeitshand mehr oder weniger angeglichen haben in Durchblutung, Wärmegefühl oder mindestens durch viel „gegenwärtiger“ sein als vorher, aber Unterschiede werden trotzdem feststellbar sein.	Best.
Neuer Zyklus		
5.	Führen Sie die Übungen 1. bis 3. mit beiden Händen durch. Schauen Sie auf den Ort der Vorstellung. Lassen Sie die Arme erscheinen wie sie kommen mögen. Zuerst nacheinander, in weiteren Zyklen kommen sie möglicherweise gleichzeitig. <i>Beobachten Sie Unterschiede im Empfinden der Hände</i>	Best.
		

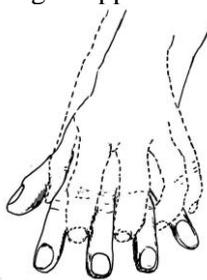
5.1	<p>Greifen Sie mit den vorgestellten Händen zu.</p> <p><i>Stellen Sie fest, wie sich die berührten Teile des Tisches unter Kraftanwendung anfühlen.</i></p> <p><i>Wie fühlt sich die Musterung unter Druck an?</i></p> <p><i>Wie fühlt sich die vorgestellte Hand unter Druck an?</i></p> <p><i>Beobachten Sie, wie in den Fingerspitzen das Blut weggedrückt ist, beobachten Sie die verschiedenen Muskel- und Sehnenanspannungen in der linken und rechten Hand, in den Handgelenken, Unterarmen etc.</i></p> <p><i>Die Kraft des Zugriffes wird nicht vorgegeben, sondern auch „kommen gelassen“. Kann sich bei weiteren Zyklen ändern, wie andere Details auch.</i></p>	Best.
5.2	<p>Lassen Sie den Griff los (die vorgestellten Hände liegen noch auf dem Tisch).</p> <p><i>Wie fühlt sich der Tisch jetzt an bezüglich der fühlbaren Musterung, was hat sich zu vorher verändert, Blut ist wieder in den Fingerspitzen, generelle Entspannung, sich ausbreitende Erwärmung etc.</i></p>	Best.
5.3	<p>Bewegen Sie die vorgestellten Hände in die wirklichen hinein.</p> <p><i>Die vorgestellten Hände lösen sich in den wirklichen Händen auf bzw. sind separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen an den wirklichen Händen.</i></p>	
Neuer Zyklus		
6.	<p>Führen Sie einen weiteren Zyklus von 6. bis 6.3 durch.</p>	Best.
Neuer Zyklus		
7.	<p>Führen Sie einen weiteren Zyklus von 6. bis 6.3 durch.</p> <p><i>Weitergehend könnte zu beobachten sein, dass sich dieselben Finger an jeder Hand anders anfühlen mögen bzw. die einzelnen Finger unterschiedlich stark zu fühlen sind.</i></p> <p><i>Die Temperatur könnte an jeder Hand unterschiedlich fühlbar sein.</i></p> <p><i>Es kann jetzt noch mehr visuelles Detail kommen.</i></p>	

		Best.
Neuer Zyklus		
8.	Greifen Sie mit den vorgestellten Händen wie zuvor an die Tischkante. <i>Beobachten Sie die Muskeln in Oberarmen, Schultern und Rücken.</i>	Best.
8.1	Greifen Sie mit den vorgestellten Händen zu.	Best.
8.2	Ziehen Sie am Tisch gegen den Körper.	Best.
8.3	Lassen Sie den Griff los (die vorgestellten Hände umfassen noch die Tischkante).	Best.
8.4	Bewegen Sie die vorgestellten Hände in die wirklichen hinein.	Best.
Neuer Zyklus		
9.	Führen Sie einen weiteren Zyklus von 9. bis 9.4 durch, wobei Sie evtl. spontan einen ganzen vorgestellten Oberkörper etwas nach hinten und vorn bewegen mögen. <i>Beobachten Sie, dass dadurch die Entspannung und Belebung in weiteren Körperregionen fortschreiten mag.</i>	Best.
Neuer Zyklus		
10.	Greifen Sie mit den vorgestellten Händen an die Tischkante wie vorher.	Best.
10.1	Greifen Sie zu.	Best.
10.2	Ziehen Sie am Tisch gegen den Körper.	Best.
10.3	Drücken Sie gegen den Tisch vom Körper weg. <i>Beobachten Sie, dass bei dieser Bewegung andere Muskeln der Oberarme, Schultern und der Brust- und Bauchmuskulatur mit ebenfalls einer kleinen spontanen Vorwärtsbewegung eines vorgestellten Oberkörpers</i>	

		Best.
10.4	<p>Führen Sie den Zwischenzyklus 11.2 bis 11.3 mehrfach durch.</p> <p><i>Beim Übergang vom Ziehen zum Drücken und umgekehrt ist das entsprechende Loslassen automatisch. Sie werden sehr bald zu schnelleren Zwischenzyklen mit vielfachen Detailbeobachtungen, Wellen von Müdigkeit (auftauchende Bewusstlosigkeit, die Störprogramme festhielt), Abgähnen dieser, anderen Emotionen und nach einiger Zeit spontan zu schnellem und leichtem Hin und Her, welches Spaß macht und vielfältige Teilentspannungen, Belebungen und Erleichterungen umfasst.</i></p>	Best.
10.5	Lassen Sie den Druck los.	Best.
10.6	Bewegen Sie die vorgestellten Hände in die wirklichen hinein.	Best.

3.1.3.3 Übungen für einzelne Finger

Die folgenden Übungen haben sich bei der Behandlung von Bewegungsstörungen oder Gefühlsstörungen einzelner Finger, auch bei Verstauchungen, gut bewährt:

Neuer Zyklus		
11.	Beschließen Sie, eine vorgestellte Hand auf dem Tisch liegend kommen zu lassen.	Best.
11.1	<p>Stellen Sie die Finger auf die Fingerkuppen.</p> <p><i>Beobachten Sie die Wirkung.</i></p>	Best.
11.2	<p>Bewegen Sie Ihre Hand von den Fingerkuppen so vor, dass Sie die Fingernägel spüren.</p> 	

	Beobachten Sie die Wirkung	Best.
11.3	Schaukeln Sie mehrmals von den Fingerkuppen zu den Nägeln und zurück.	Best.
11.4	Machen Sie die Schaukelbewegung unter Druck . <i>Beobachten Sie, wie die Nägel in die Nagelwurzeln hineingedrückt werden, wie die Fingergelenke beansprucht werden, wie die Kraft für den Druck vom Schulter-Arm-System übertragen wird.</i>	Best.
11.5	Lassen Sie den Druck los. <i>Beobachten Sie die Entspannung an den entsprechenden Stellen.</i>	Best.
11.6	Führen Sie die vorgestellten Körperteile in den wirklichen Körper hinein.	Best.
Neuer Zyklus		
12.	Lassen Sie eine vorgestellte Hand mit den Fingerkuppen auf dem Tisch kommen.	Best.
12.1	Knicken Sie die Finger bis zum jeweils ersten Fingergelenk ein, den Daumen nicht vergessen. <i>Beobachten Sie jedes Detail wie oben.</i>	Best.
		
12.2	Schaukeln Sie mehrmals von den Fingerkuppen bis zum Umknicken des ersten Fingergelenks hin und her.	Best.
12.3	Schaukeln Sie mit Druck.	Best.
12.4	Lassen Sie den Druck los.	Best.

12.5	Führen Sie die vorgestellten Körperteile in den wirklichen Körper hinein.	Best.
Neuer Zyklus		
13.	Lassen Sie eine vorgestellte Hand mit den Fingerkuppen auf dem Tisch kommen.	Best.
13.1	Knicken Sie die Finger bis zum jeweils zweiten Fingergelenk ein, den Daumen nicht vergessen.	Best.
		
13.2	Schaukeln Sie mehrmals von den Fingerkuppen bis zum Umknicken des zweiten Fingergelenks hin und her.	Best.
13.3	Schaukeln Sie mit Druck.	Best.
13.4	Lassen Sie den Druck los.	Best.
13.5	Führen Sie die vorgestellten Körperteile in den wirklichen Körper hinein.	Best.
Neuer Zyklus		
14.	Führen Sie die Übungen 11. bis 13.5 mit der anderen Hand durch.	
Neuer Zyklus		

15.	Führen Sie die Übungen 11. bis 13.5 mit beiden Händen durch.	
-----	--	--

3.1.4 Erfahrungsberichte

3.1.4.1 Osteomalazie (Knochenverweichung) und Operationsfolgen am rechten Handgelenk

Ich, A. R. Alter 34 Jahre, hatte 1989/1990 eine Knochenerweichung am rechten Handgelenk, Diagnose „Osteomalazie“.

Im Juli 1990 wurde ich in Regensburg daran operiert. Es wurde ein dem Arm entnommenes Knochenstück zur Abstützung des Handgelenks eingesetzt. Ich war bis November 1990 krank geschrieben mit krankengymnastischer Behandlung, konnte aber immer noch nicht mit meiner rechten Hand zugreifen um, z.B., einen Löffel zu halten - die Hand blieb lahm und schmerzhaft offen.

Im Dezember 1990 traf ich in der Kantine von Firma AZ-Formen und Maschinenbau GmbH, wo ich arbeite, Herrn P. Meyer, den ich als Berater der Firma von früheren Mahlzeiten dort kannte.

Er zeigte mir kurz einige Übungen die ich in meiner Vorstellung mit der operierten Hand zur Unterstützung der Krankengymnastik machen sollte. Die Hand war in einer Schlinge immobilisiert. Diese bewirkten an der ganzen Hand, aber speziell an der Operationsstelle, ein starkes Kribbeln, Wärme und das Gefühl von Aktivität. Die Instruktion dauerte etwa 15 Minuten. Ich staunte, dass ich in meiner Vorstellung mit der rechten Hand mit weniger Schmerzen und mehr Kraft zugreifen konnte.

Noch mehr staunte ich, dass ich danach die wirkliche Hand erstmalig wieder schließen konnte!

Herrn Meyer riet mir, die Übungen für mich allein weiterzuführen, was ich mit wachsendem Erfolg und Vertrauen tat. Daraufhin konnte im Januar 1991 bei einer Kontrolluntersuchung in Regensburg der Arzt feststellen, dass meine Hand in Ordnung sei. Der Arzt war darüber sehr erstaunt und stellte fest, dass bei einem normalen Verlauf der Krankheit er damit gerechnet hätte, mir eine 50% Arbeitsunfähigkeit und einen dementsprechenden Rentenanspruch bescheinigen zu müssen.

Seither habe ich keine Beschwerden, wie ich Herrn Meyer bei meinem nächsten Treffen mit ihm etwa Mitte 1992, mitteilen konnte und auch gerne bestätige.

Ich habe diese Methode mit meiner Tochter Tanja (jetzt 12 Jahre alt) für verschiedene Wehwehchen mit Erfolg angewendet und sie hatte direkt Spaß daran. Mein Mann wollte nicht und musste leiden.

Das Hospital in Regensburg war BARMHERZIGE BRÜDER

Unterschrift: A. R..

3.1.4.2 Behandlungsbericht: Beschleunigte Heilung nach Bruch des Mittelhandknochens

Der KFZ-Meister in der Mercedes Werkstatt in Locarno hatte bei einem Arbeitsunfall den Mittelhandknochen der rechten Hand gebrochen. Als ich ihn sah, war die Heilung schon fortgeschritten, aber er konnte die Hand nicht schließen, um z. B. ein Werkzeug zu halten.

Nach 15 Minuten Übungen wie oben (auch lediglich mit der rechten Hand) die der Patient nach Erfahren der ersten körperlichen Reaktionen (Schmerz, Kribbeln, Erwärmung) mit großem Elan anging, konnte er in der Vorstellung die Hand wieder normal verwenden.

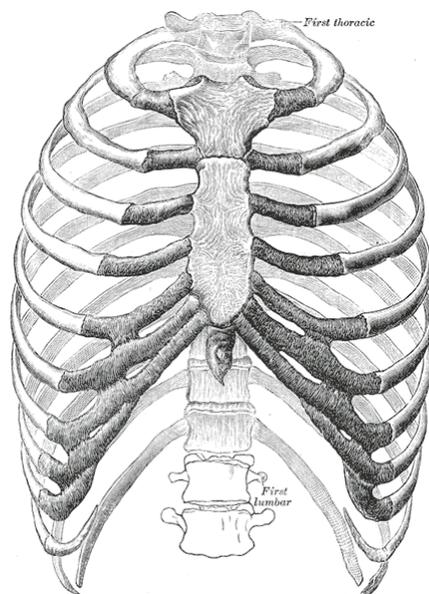
Daraufhin konnte er auch gleich, wenn auch noch nicht mit voller Kraft, wieder Werkzeuge, z.B. einen Schraubenzieher, betätigen.

3.2 Oberkörper

3.2.1 Anwendungsgebiete:

- Beschwerden im Bereich des Brustkorbs und der Lunge

3.2.2 Anatomie



Brustkorb, Ansicht von vorne;
Nur die knöchernen Strukturen sind dargestellt
(Brustbein, Rippen)

Der menschliche Brustkorb (Thorax) besteht aus jeweils zwölf Rippenknochen, die zu beiden Seiten vorne vom Brustbein bis nach hinten zur Wirbelsäule verlaufen. Das Rippenskelett hat zwei Hauptfunktionen: erstens schützt es die sehr empfindlichen Organe im Inneren des Brustkorbs (Lunge, Herz) vor mechanischer Einwirkung von außen. Zweitens bieten die Rippen einen festen Ansatzpunkt für die Atemmuskulatur, deren Aktivität den Brustkorb rhyth-

misch leicht erweitert und dadurch überhaupt ein Ein- und Ausströmen von Luft, also die lebenswichtige Atmung, erst ermöglicht.

Die beiden Lungen bestehen aus einem äußerst feinen, bläschenartigen Gewebe, in dem über feine Blutgefäße der Austausch von Sauerstoff und Kohlendioxid über die Atemluft stattfindet: Kohlendioxid wird abgeatmet und Sauerstoff wird ins Blut aufgenommen. Die Luftversorgung erfolgt über Nase und Mund und von dort über mit Schleimhaut ausgekleidete knorpelige Röhren, die so genannten Bronchien. Die Bronchialwände sind mit feinen Flimmerhärchen ausgekleidet, die durch nimmermüde mikroskopisch kleine Bewegungen den Schleim aus der Lunge über die Bronchien nach oben transportieren, wo er meist abgehustet oder geschluckt werden kann. Bei entzündlichen Atemwegserkrankungen wie der Bronchitis ist der Abtransport des Schleims gestört, er sammelt sich an und erzeugt einen Hustenreiz. Erfasst die Entzündung gar das Lungengewebe selbst, spricht man von einer Lungenentzündung (Pneumonie), die gerade bei älteren Personen eine potentiell lebensgefährliche Erkrankung darstellt, die einer intensiven ärztlichen Behandlung bedarf.

Das etwa faustgroße Herz, welches im Wesentlichen aus speziellem Muskelgewebe besteht, liegt zwischen der linken und rechten Lunge und besteht aus je zwei Kammern und zwei Vorhöfen: Die linke Kammer pumpt aus der Lunge kommendes, sauerstoffreiches Blut über die Hauptschlagader (Aorta) in die Körperperipherie. Die rechte Herzkammer hingegen pumpt das aus dem Körper kommende sauerstoffarme Blut in die Lunge weiter, wo es das überschüssige Kohlendioxid abgeben und frischen Sauerstoff aufnehmen kann.

Störungen der Herzfunktion äußern sich meistens auf zwei Arten: In einer Störung der Herzschlagabfolge (Herzrhythmusstörungen) oder in einer unzureichenden Pumpleistung (Herzinsuffizienz). Das Herz enthält spezielle Schrittmacherzellen, die einen Rhythmus vorgeben, nachdem sich die übrigen Herzmuskelzellen zusammenziehen und wieder entspannen sollen. Jedoch kann auch das Nervensystem einen aktivierenden (Sympathikus) bzw. hemmenden (Parasympathikus) Einfluss auf den Herzrhythmus ausüben. So kommt es bei Anspannung oder Angst oft zu Herzrasen, und wenn wir tief entspannt sind (z.B. beim Einschlafen), sinkt die Herzfrequenz ab.

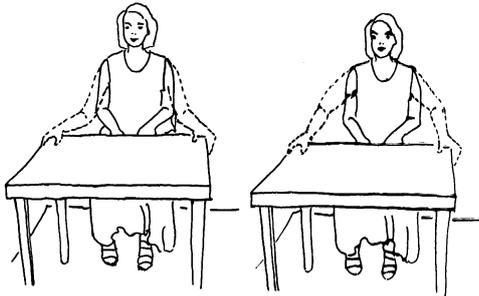
Wenn die Kraft des Herzmuskels aufgrund von Erkrankungen (z.B. nach einem Herzinfarkt) so weit schwindet, dass das Blut nicht mehr vollständig dem Bedarf entsprechend durch den Körper gepumpt werden kann, spricht man von einer Herzinsuffizienz. Je nachdem, ob eher das linke oder rechte Herz betroffen ist, kommt es in diesem Fall zu Flüssigkeitsansammlungen in Armen und Beinen bzw. in der Lunge und die Betroffenen leiden unter sehr rascher Ermüdbarkeit und Kurzatmigkeit. Rasche medizinische Behandlung ist in solchen Fällen geboten!

Die IRT kann besonders bei so genannten funktionellen Herzbeschwerden sehr hilfreich sein. Damit sind Störungen des Herzrhythmus gemeint, die durch Angst oder anderweitig veränderte Nervenfunktion hervorgerufen werden können.

3.2.3 Übungsanleitung

Durch die Entspannung der bei normaler Atmung involvierten Muskeln zwischen den Rippen, die bei Husten, Bronchitis, Asthma und anderen Krankheiten dieses Bereiches verkrampft und versteift reagieren, ergibt sich eine Erleichterung des Atmens. Schleim kann sich auch lösen mit Aushusten. Das kann eine weitere Erleichterung bei Atemwegserkrankungen ergeben. Viele Übungen für den Oberkörper werden unter Zuhilfenahme der Arme durchgeführt, da sich auf diese Weise Effekte über die Brust- und Rückenmuskeln ausüben lassen. Wie bei

den Übungen zuvor sollen Sie während jeder vorgestellten Aktion auf Ihre Empfindungen achten und diese Achtsamkeit halten: Beobachten Sie. Bleibt dies stabil, bestätigen Sie dies und gehen zur nächsten Übung über.

Neuer Zyklus		
11.	<p>Greifen Sie mit den vorgestellten Händen an die Seitenkanten des Tisches. Die Daumen liegen auf dem Tisch, die Finger sind unter dem Tisch.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><i>Dabei kann ein wechselseitiges Hinschauen auf die „Tatorte“ der beiden Hände nötig sein, wobei am ganzen Tisch mehr Detail bemerkbar werden kann.</i></p> <p><i>Diese Übung, die einen ganz anderen Griff an den Tisch verlangt, wird neue Teile der Hände, Arme und jetzt meist auch der Schultern und Nackenmuskeln ins Spiel bringen.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die körperlichen Reaktionen, auch aufkommende Gefühle und Gedanken.</i></p>	Best.
11.1	<p>Greifen Sie zu.</p> <p><i>Beobachten Sie</i></p>	Best.
11.3	Lassen Sie den Griff los.	Best.
11.4	Bewegen Sie die vorgestellten Hände und Arme in die wirklichen hinein.	Best.
Neuer Zyklus		
12.	Führen Sie den Zyklus 12. bis 12.4 mehrfach durch.	

Neuer Zyklus		
13.	Greifen Sie mit den vorgestellten Händen an die Seitenkanten des Tisches wie zuvor. <i>Beobachten Sie</i>	Best.
13.1	Greifen Sie zu.	Best.
13.2	Drücken Sie die Tischplatte zusammen. Verändern Sie den Tisch selbst nicht.	Best.
13.3	Lassen Sie los	Best.
13.4	Bewegen Sie die vorgestellten Hände und Arme in die wirklichen hinein.	Best.
13.5	Führen Sie die Übung 13. bis 13.4 mehrfach durch.	
Neuer Zyklus		
14.	Greifen Sie mit den vorgestellten Händen an die Seitenkanten des Tisches wie zuvor.	Best.
14.1	Greifen Sie zu.	Best.
14.2	Drücken Sie die Tischplatte zusammen. Verändern Sie den Tisch selbst nicht. <i>Beobachten Sie.....</i>	Best.
14.3	Ziehen Sie mit den vorgestellten Händen nach beiden Seiten.	Best.
14.4	Führen Sie den Zwischenzyklus 15.2 bis 15.3 mehrfach aus. <i>Beim Übergang vom Ziehen zum Drücken und umgekehrt ist das entsprechende Loslassen automatisch. Sie werden sehr bald zu schnelleren Zwischenzyklen mit vielfachen Detailbeobachtungen, Wellen von</i>	

	<i>Müdigkeit (auftauchende Bewusstlosigkeit, die Störprogramme festhielt), Abgähnen dieser, anderen Emotionen und nach einiger Zeit spontan zu schnellem und leichtem Hin und Her, welches Spaß macht und vielfältige Teilentspannungen, Belebungen und Erleichterungen umfasst.</i>	Best.
14.5	Lassen Sie den Griff los.	Best.
14.6	Bewegen Sie die vorgestellten Hände und Arme in die wirklichen hinein.	Best.

Neuer Zyklus		
15.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper kommen mit der Stirn auf dem Tisch, die Hände greifen an die jeweiligen Tischkanten, Daumen auf dem Tisch, Finger unter dem Tisch.	
		Best.
15.1	Greifen Sie zu.	Best.
15.2	Bewegen Sie die Ellbogen rauf.	
		Best.
15.3	Bewegen Sie die Ellbogen runter.	

		Best.
15.4	<p>Führen Sie die Übungen 16.2 bis 16.3 mehrfach aus.</p> <p><i>Hierbei kann sich eine eher spontane Beschleunigung der Runter/Rauf-Aktion ergeben nach anfänglicher Ermüdung mit Abgähnen. Es kann dann zu schnelleren Aktionen mit Spaß und Erleichterung führen.</i></p> <p><i>Beobachten Sie</i></p>	Best.
15.5	<p>Bewegen Sie den vorgestellten Oberkörper mit allen Teilen in den wirklichen Körper hinein.</p>	Best.
15.6	<p>Führen Sie die Übungen 16. bis 16.5 mehrfach aus.</p> <p><i>Es ergibt sich eine Entspannung/Belebung/Erwärmung nicht nur der angesprochenen Muskelpartien, einschließlich der Rückenmuskeln um die Schulterblätter, sondern diese Wirkung geht durch den gesamten Brustkorb und Oberkörper hindurch.</i></p>	Best.

3.2.4 Erfahrungsberichte

3.2.4.1 Linderung von Atembeschwerden bei Lungenemphysem

Ich, J. H., aus Wiesbaden, Rechtsanwältin und Notarin, leide seit vielen Jahren an Lungenemphysem, was sich beim Gehen, Treppensteigen, Einkäufe tragen, als extreme Kurzatmigkeit auswirkt. Ich war deswegen in Behandlung an der Deutschen Klinik für Diagnostik, Wiesbaden und war auch schon zu Kuren in Davos, .Schweiz, in einem dortigen Spezialkrankenhaus gewesen. Zur Zeit der Sitzungen nahm ich Kortison auf Verschreibung, 16 mg morgens und abends.

Von verschiedenen Ärzten hatte verschiedenen Auskünfte, alle negativ:

Einer hatte gesagt: von 100 Menschen mit meiner Krankheit seien in 10 Jahren höchsten noch 10 am Leben. Das versetzte mich 2 Tage ins Grübeln, dann wettete ich eine Kiste Sekt mit ihm, dass ich überleben würde.

Ein anderer hatte mir von einer Lungentransplantation gesprochen.

Da es mir akut schlecht ging mit dem Atmen, hatte ich am 17., 19. und 24. März 1997 drei Sitzungen am Telefon von Herrn Meyer von seiner Arbeitswohnung in Cham, Bayrischen Wald aus, Gesamtdauer 6 Stunden.

Auf Anhieb konnte ich die Übungen in der Vorstellung gut machen. Zuerst mit vorgestellten Händen und dann Armen, gab es schon lebhaftere Phänomene, wie extreme Müdigkeitswellen, Gähnen, lokaler Erwärmung/Hitze, Entspannung, sowie Veränderungen an den in Detail erscheinenden Innenleben der Hände/Arme/Schultern. Nach Reaktionen mit vorübergehenden lokalen Schmerzen, Muskelkater bis runter zur Taille. Die Nase ging verschiedentlich auf, wieder zu, wieder auf, es ergab sich auch loser werdender Husten von Reaktionen in den Bronchien.

Nach der ersten Sitzung war meine Atmung zwanglos tiefer und leichter, der Husten war auch leicht und tat nicht weh.

In der zweiten Sitzung arbeiteten wir mit meinem vorgestellten Oberkörper, Kopf auf dem Tisch, Arme im Seitengriff am Tisch. Ich konnte den vorgestellten Oberkörper, von mir aus von hinten/oben aus betrachtet, gut mit meiner Wahrnehmung durchdringen und hatte spannende Beobachtungen vom Anfangszustand und den Veränderungen. Diese ergaben sich, auch am wirklichen Körper, an vorher vollkommen verspannten Muskeln im Nackenbereich, Kopfbereich, Rücken, Brust und zwischen den Rippen, die sich alle sehr auflöckerten.

Beim Atmen, das sich spontan vertiefte, hatte ich keine Widerstände in den Bronchien mehr, konnte sogar hauchen. Der Atemvorgang war gelassen.

In der 3. Sitzung berichtete ich, dass ich mit der Kortisoneinnahme von 16:16 mg morgens und abends vor den Sitzungen auf 16:8 mg inzwischen und jetzt auf 12:8 mg heruntergegangen war, ohne Nachteile. Es war bei einem Spaziergang mit dem Hund im Wald an dem Tag sehr nass gewesen, was, im Gegensatz zu früher, gar nichts ausgemacht hatte.

In dieser Sitzung ging es darum, einige Übungen der vorigen Sitzungen in Eigenregie vorzunehmen, d.h. mir selbst die Anweisung zu den Einzelaktionen zu geben und Vollzugsmeldung abzugeben, worauf Herr Meyer, bestätigte. Nachdem in den vorigen Sitzungen die Zyklen in der Vorstellung schon recht schnell geworden waren, war das nötig, damit das Reden die Ausführung nicht verlangsamen konnte. Auf dieser Basis kam ich dann spontan, ohne dass mir das so klar wurde, auf 20 und mehr Zyklen pro Minute (wie Herr Meyer mir berichtete). Dabei wurde einige Zeit mit der Abreaktion von offensichtlich falsch programmierten „Versprechern“ verbracht, neben den schon beschriebenen Abreaktionen im Körperbereich, mit enorm viel Gähnen und gelegentlichem Lachen.

Bei dem Sitzungsende mit Aufmerksamkeit zurück auf die Umgebung gerichtet, konnte ich leichter als bei den vorherigen Sitzungen, in der Vorstellung Alles um mich herum sehr klar wahrnehmen. Auch konnte ich einen großen Bereich von Erde mit obendrauf Wiesbaden und Umgebung durchdringend wahrnehmen. Das Atmen ging total leicht, - es atmete!

Am Tag konnte ich bei einer medizinischen Untersuchung auf dem „Peak Flow“ Gerät zur Atemmessung auf Anhieb 280 blasen, am Tag vor der 3. Sitzung war ich schon auf 300.

Bei meiner letzten Behandlung in Davos war ich auf 100 (schlecht) gewesen, und hatte höhere Werte nur nach der Behandlung gegen Ende zu einmal erreicht.

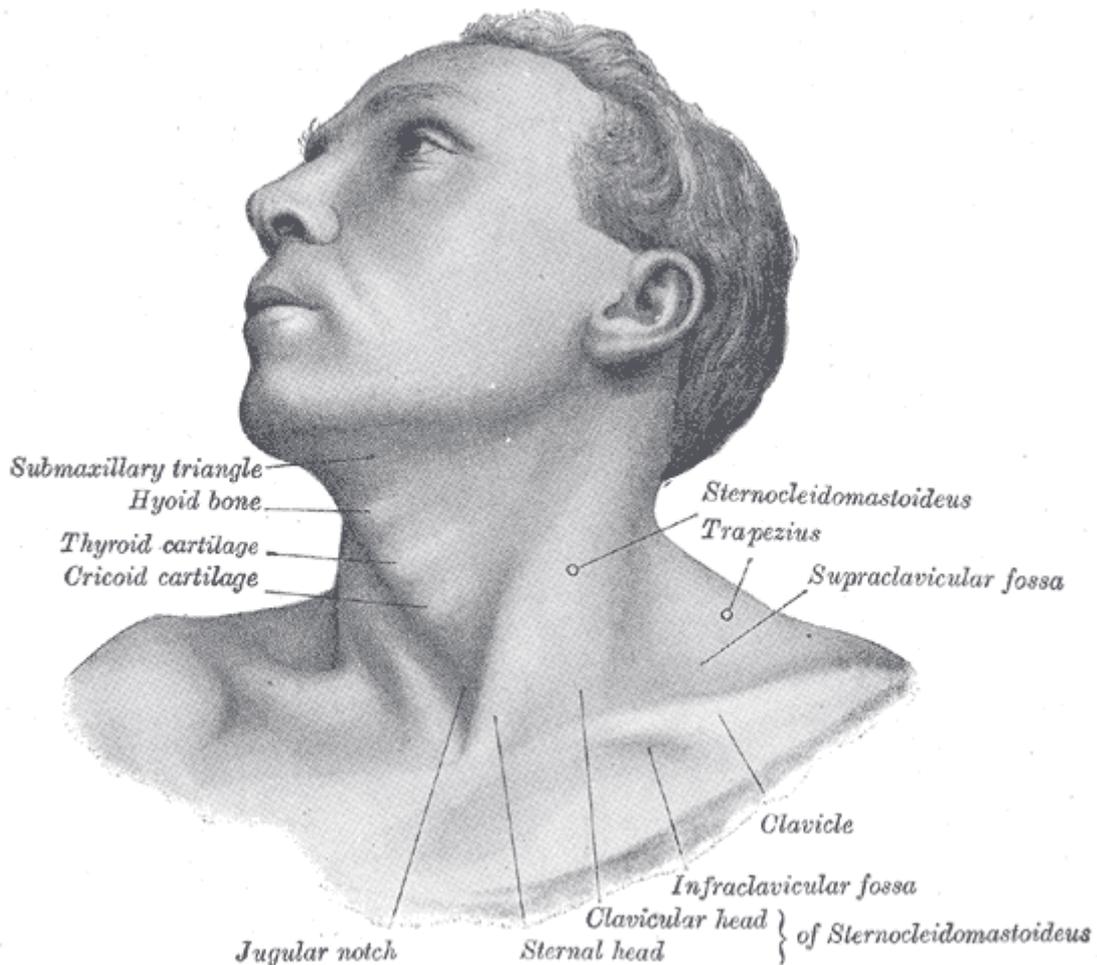
Unterschrieben U. H.

3.3 Kopf, Gesicht, Augen, Zähne, Ohren

3.3.1 Anwendungen:

- Heuschnupfen, Nasenkatarrh
- Kopfschmerzen / Migräne
- Zahnschmerzen
- Gesichtslähmung

3.3.2 Anatomie



Darstellung des Kopfes von vorne seitlich in der Oberflächenansicht

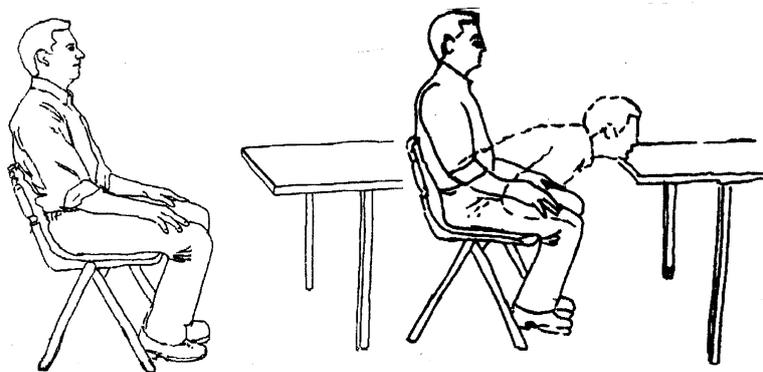
Der Hirnschädel ist eine sehr stabile und feste knöcherne Struktur, in deren Inneren sich unter anderem das hochempfindliche Gehirn befindet. Unterhalb des Hirnschädels befindet sich der Gesichtsschädel, dessen Knochen (Jochbein, Ober- und Unterkiefer, Nasenbein) wesentlich die Form unseres Gesichts prägen. Der Mensch besitzt 26 verschiedene Gesichtsmuskeln, deren feines Zusammenspiel sehr bereits feinste emotionale Regungen widerspiegelt. So runzeln wir bei Ärger die Stirn und kneifen die Augen zusammen, während wir bei Freude die Mundwinkel nach oben ziehen. Auch für das Sprechen und Schlucken sind Muskeln im Gesichtsbereich verantwortlich. Bei Lähmungen von Nerven, die diese Muskeln versorgen, kann es daher zu schweren Störungen der Aussprache oder des Schluckaktes kommen. Auch andere neurologische Störungen, wie z.B. der M. Parkinson zeigen sich an einem sehr reduzierten Mimenspiel. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom „Maskengesicht“. Die Vielzahl der Nerven, die das Gesicht versorgen, machen diese Region natürlich auch sehr sensibel für diverse Störungen. So können bereits leichte Verspannungen der Kopfmuskulatur zu Kopfschmerzen führen. Diese so genannten Spannungskopfschmerzen sind die häufigste Kopfschmerzursache überhaupt.

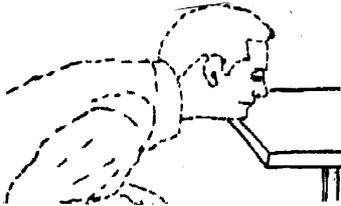
Auch der Mund und Gesichtsbereich sind hochsensibel innerviert. Grippale Infekte können sich über die Nasen- und Rachenschleimhaut oft auf die Schleimhaut der so genannten Nasennebenhöhlen ausbreiten, wo sie dann zu sehr unangenehmen Beschwerden führen, die mit einem dumpfen Druckgefühl und Schmerzen im Gesichtsbereich einhergehen. Wenn die Schleimhäute in den Nebenhöhlen erst einmal zugeschwollen sind, ist der Abfluss von Sekret erschwert und es kann sich dort ansammeln und zu sehr lästigen drückenden und dumpfen Schmerzen im Gesicht führen. Ebenfalls sehr unangenehm sind Entzündungen im Mund und Kieferbereich, etwa bei Wunden in der Mundschleimhaut oder bei Entzündungen der Zahnwurzel. Oft helfen hier nur starke Schmerzmittel bzw. der Gang zum (Zahn-)Arzt.

Wegen der hohen Dichte von Nervenfasern und der sehr ausgedehnten Darstellung (Repräsentation) des Gesichtsbereichs im Gehirn, ist der Kopf ein dankbares Objekt für die Anwendung der IRT, da es hier zu besonders raschen und intensiven Resonanzphänomenen während der Übungen kommt.

3.3.3. Übungsanleitungen

3.3.3.1 Übungsbeispiel bei Heuschnupfen / Nebenhöhlenentzündung



1.	Setzen Sie sich an einen Tisch in einer Entfernung, dass Sie Ihr Kinn bequem auf die Tischkante legen könnten.	
1.1	Schauen Sie den Bereich des Tisches an, den ihr vorgestelltes Kinn später berühren wird (s. 1.2). Lassen Sie so viele Details wie möglich an dieser Stelle „kommen“.	Best.
1.2	<p>Beschließen Sie, einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit Kinn auf der Tischkante liegend kommen zu lassen.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie sich Ihr Kinn anfühlt. Ist der Tisch glatt oder rau, wie ist die Temperatur? Beobachten Sie die Stauchung im Genick etc.</i></p> <p><i>Vielleicht haben Sie das Bedürfnis, Ihren Gürtel zu öffnen.</i></p> <p><i>Beobachten Sie den vorgestellten Körper bis zur Stabilisierung. Auch wenn er nicht sichtbar erscheint, erspüren Sie ihn mit so vielen Sinnen wie möglich.</i></p> 	Best.
1.3	<p>Drehen Sie den vorgestellten Kopf ein wenig:</p> <p>nach rechts</p> <p>in die Mitte</p> <p>nach links</p> <p>in die Mitte.</p> <p><i>Beobachten Sie nach jeder Anweisung jeweils die Seitenmuskulatur Ihres Halses, Ihr Kinn, den Nacken und den vorderen Halsbereich. Lassen Sie die hauptsächlich taktilen Berührungswahrnehmungen am Kinn so deutlich kommen, wie es ohne Mühe geht. Wenn die Vorstellung – mit offenen Augen – auch nicht bildlich oder vielleicht farblos, nebelhaft etc. erscheint, lassen Sie auch diese Eindrücke bewusst werden, oder was sonst „kommt“.</i></p>	Best. Best. Best. Best.
1.4	<p>Üben Sie vom Bauch aus über den Nacken Druck mit dem vorgestellten Kinn auf den Tisch aus.</p> <p>Drehen Sie den vorgestellten Kopf mit Druck ein wenig:</p> <p>nach rechts</p> <p>in die Mitte</p>	Best. Best. Best.

	<p>nach links in die Mitte.</p> <p><i>Beobachten Sie nach jeder Anweisung die veränderte Spannung im Nacken, vielleicht bis zur Schulter, im Halsbereich bis zum Hinterkopf, das Zusammendrücken der Haut am Kinn etc.</i></p>	Best. Best.
1.5	<p>Lassen Sie den Druck los.</p> <p><i>Beobachten Sie die Entspannung der beteiligten Muskeln sowie etwaiger vorher nicht bewusst wahrgenommener Muskeln, das veränderte Gefühl am Kinn und alle anderen Veränderungen.</i></p>	Best.
1.6	<p>Machen Sie alle Übungen von 1.3 bis 1.5 ohne Druck.</p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen</i></p>	Best.
1.7	<p>Bewegen Sie den vorgestellten Oberkörper mitsamt Kopf in den wirklichen hinein.</p> <p><i>Die vorgestellten Körperteile lösen sich im wirklichen Körper auf und sind separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie Änderungen, Kribbeln, Entkrampfung und alle Signale, die vom wirklichen Körper, auch von anderen Stellen, kommen. Die Kontaktstelle am Kinn wird sich jetzt anders anfühlen, vielleicht erwärmt.</i></p> <p><i>Auf alle Fälle wird sie deutlicher präsent sein.</i></p>	Best.
1.8	<p>Im Fall besonders starker Reaktionen, z. B. durch eine Narbe, einen Pickel, führen Sie die gesamte Übung nochmals durch, bis sich die Körpersignale stabilisiert haben. Das gilt auch für die folgenden Teilzyklen der Übungen.</p>	

Neuer Zyklus		
2.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Kuhle zwischen Kinn und Unterlippe, die Tischkante berührend, kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie das jetzt kommende Körperbild, ob es deutlicher, farbiger, anders bekleidet oder überhaupt anders ist, bis es stabil ist.</i></p> <div style="text-align: center;">  </div>	Best.

2.1	<p>Drehen Sie den vorgestellten Kopf in etwas grösseren Bewegungen: nach rechts in die Mitte nach links in die Mitte.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie Sie die Wurzeln der unteren Zähne durch die Haut spüren, etwa schmerzhaft, und alle weiteren Beobachtungen nach jeder Anweisung wie vorher.</i></p>	<p>Best. Best. Best. Best.</p>
2.2	<p>Üben Sie Druck über die Bauchmuskeln und den Nacken aus auf den Tisch aus.</p> <p><i>Beobachten Sie die vermehrte Anspannung.</i></p>	<p>Best.</p>

2.3	<p>Drehen Sie den Kopf mit Druck nach rechts in die Mitte nach links in die Mitte.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie Sie die Wurzeln der Zähne noch deutlicher spüren etc.</i></p>	<p>Best. Best. Best Best.</p>
2.4	<p>Lassen Sie den Druck los.</p> <p><i>Beobachten Sie, was sich alles entspannt.</i></p>	<p>Best.</p>
2.5	<p>Drehen Sie den Kopf ohne Druck nach rechts in die Mitte nach links in die Mitte.</p> <p><i>Beobachten Sie Ihren Nacken etc.</i></p>	<p>Best. Best. Best Best</p>
2.6	<p>Bewegen Sie den vorgestellten Oberkörper in den wirklichen hinein.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie er jetzt in den wirklichen hineingeht und sich im wirklichen Körper auflöst. Welche Signale kommen vom Körper? Beobachten bis zur Stabilität.</i></p>	<p>Best.</p>

Bemerkung: Sollten Sie beim Abrollen des Unterkiefers gegen den Tischrand Schmerzen an der einen oder anderen Zahnwurzel provoziert haben, beobachten Sie, bis diese zur Stabilität abgeklungen sind. Machen Sie die Übung erneut, bis solche Schmerzen nicht mehr provoziert werden.

Sollte dies nach 3maligen neuen Zyklen nicht der Fall sein, versuchen Sie das mit der später beschriebenen speziellen Übung zu erreichen oder konsultieren Sie einen Zahnarzt.

Neuer Zyklus		
3.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Unterlippe an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie dieser jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i>	Best.
3.1	Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5 <i>Beobachten Sie, wie Sie die unteren Zähne durch die Haut spüren und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i>	
Neuer Zyklus		
4.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Oberlippe an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie dieser jetzt erscheint, bis das Körperbild stabil ist.</i> 	Best.
4.1	Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5 <i>Beobachten Sie, wie Sie die oberen Zähne durch die Haut spüren und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i>	

Neuer Zyklus		
5.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Stelle direkt unterhalb	

	<p>der Nase an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie dieser jetzt erscheint, bis das Körperbild stabil ist.</i></p>	Best.
5.1	<p>Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5 <i>Beobachten Sie, wie Sie die Zahnwurzeln der oberen Zähne durch die Haut spüren und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i></p>	
Neuer Zyklus		
6.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Nasenspitze an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie dieser jetzt erscheint, bis das Körperbild stabil ist.</i></p>	Best.
6.1	<p>Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5, wobei Sie mit den Drehbewegungen so weit gehen, dass die Wangenknochen ganz einbezogen werden. <i>Beobachten Sie den Druck an der Nasenspitze und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i></p>	

Neuer Zyklus		
7.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit dem mittleren Nasenrücken an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i></p>	
		
7.1	<p>Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5, wobei Sie mit den Schaukelbewegungen so weit gehen, dass die Wangenknochen ganz einbezogen werden. <i>Beobachten Sie den Druck am Nasenrücken und auf den Wangenknochen und alle weiteren Beobachtungen wie vorher. Dabei können sich besonders verstopfte Nebenhöhlen melden, mit Schleimfluss aus der Nase, tränenenden Augen etc.</i></p> <p>Dieser Teilzyklus sollte bei Heuschnupfen mehrmals hintereinander durchgeführt werden, bis sich die Symptome stabilisieren.</p>	Best.

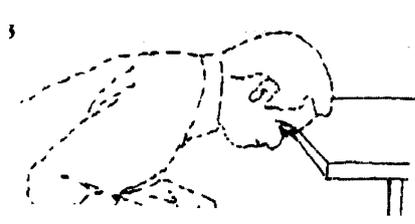
		Best.
--	--	-------

Neuer Zyklus

8.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit dem oberen Ende des Nasenrückens an der Tischkante kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i></p>	Best.
----	--	-------

8.1	<p>Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5, wobei Sie mit den Schaukelbewegungen so weit gehen, dass die knöchigen Ränder der unteren Augenhöhlen einbezogen werden.</p> <p><i>Beobachten Sie den Druck am Nasenrücken und auf den knöchigen Rändern der Augenhöhlen und alle weiteren Beobachtungen, speziell der Nebenhöhlen und der Augen (Tränen) wie vorher.</i></p> <p>Dieser Teilzyklus kann bei Heuschnupfen auch mehrmals hintereinander durchgeführt werden, bis sich die Symptome stabilisieren.</p>	Best.
-----	--	-------

Neuer Zyklus

9.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit den Augenbrauen an der Tischkante kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i></p> 	Best.
----	--	-------

9.1	<p>Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5, wobei Sie mit den Schaukelbewegungen so weit gehen, dass die Schläfen und der seitliche Haaransatz einbezogen werden.</p> <p><i>Beobachten Sie den Druck auf den Augenbrauen und Schläfen und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i></p>	Best.
-----	---	-------

Neuer Zyklus

10.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit der Stirnmitte an der Tischkante kommen.</p>	
-----	--	--

	<i>Beobachten Sie wie bisher.</i>	Best.
10.1	Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5, wobei Sie mit den Schaukelbewegungen so weit gehen, dass der seitliche Haaransatz einbezogen wird. <i>Beobachten Sie den Druck auf der Stirn und den Schläfen und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i>	Best.
Neuer Zyklus		
11.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit dem Haaransatz an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i>	Best.
		
11.1	Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5. <i>Beobachten Sie den Druck auf der Stirn und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i>	Best.
Neuer Zyklus		
12.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf in einer Mittelposition zwischen Haaransatz und oberstem Scheitelpunkt an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i>	Best.
12.1	Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5. <i>Beobachten Sie den Druck auf dem Kopf und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.</i>	
Neuer Zyklus		
13.	Lassen Sie einen vorgestellten Oberkörper/Kopf mit dem obersten Scheitelpunkt an der Tischkante kommen. <i>Beobachten Sie, wie das Körperbild jetzt erscheint, bis zur Stabilität.</i>	Best.

Bemerkung; Diese Übung zeigt eine **Behandlung im Oberkiefer.**

1. Legen Sie Ihre wirkliche Hand auf den Tisch und nehmen Sie einen Gegenstand, z. B. Holzlöffel, in die Hand. Lassen Sie einen vorgestellten Kopf/Oberkörper kommen und bringen Sie das wirkliche Objekt mit der Mundhöhle des vorgestellten Kopfes in Kontakt – erst nahe der Wunde von verschiedenen Seiten auf beiden Seiten des involvierten Gaumens.

Beobachten Sie bis zur Stabilität.



Best.

1.1 Massieren Sie an verschiedenen Stellen nur durch Bewegung des vorgestellten Kopfes, wobei auch auf die Bewegungen der Hals-, Zungen-, Wangen-, Kiefermuskulatur zu achten ist.

Beobachten Sie bis zur Stabilität.

Best.

1.2 Massieren Sie **unter Druck** wie 1.1.

Beobachten Sie bis zur Stabilität.

Best.



13.1 Machen Sie alle Übungen von 2.1 bis 2.5.

Beobachten Sie den Druck auf dem Kopf und alle weiteren Beobachtungen wie vorher.

1.3	Massieren Sie ohne Druck wie 1.1. <i>Beobachten Sie ...</i>	Best.
1.4	Bewegen Sie die vorgestellten Körperteile in den wirklichen Körper hinein. <i>Die vorgestellten Körperteile lösen sich im wirklichen Körper auf und sind separat nicht mehr spürbar.</i> <i>Beobachten Sie Änderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen.</i>	Best.

3.3.4 Erfahrungsberichte

3.3.4.1 Birkenpollenallergie

Im Frühjahr 1993 litt ich, Waltraud H. wie seit vielen Jahren, unter einer sehr starken Birkenpollenallergie. Die Beschwerden, am Tag Heuschnupfen, gingen nachts fast bis zu Erstickungsanfällen. Daher konnte ich nicht mehr im ehelichen Schlafzimmer, bei gewöhnlich offenem Fenster, schlafen und wich ins Gästezimmer aus, wo Tag und Nacht das Fenster geschlossen blieb, um den Pollen fernzuhalten. Es half etwas und wenigstens konnte mein Mann durchschlafen.

Ich ging aber, wie gewöhnlich, mehrere Tage der Woche abends zu Herrn Meyer als Sekretärin für seine Patent- und Veröffentlichungsarbeiten, außerhalb seiner Arbeit als Berater für die Maschinenfabrik.

Nach der Arbeit, die durch den Heuschnupfen empfindlich gestört wurde, führte mich Herr Meyer durch die Vorstellungsübung für Heuschnupfen in etwa 20 Minuten. (Ich glaube, er probierte diese erstmals bei dieser Gelegenheit aus). Nachdem ich in den Bereichen der Augen und Sinushöhlen gearbeitet hatte, löste sich viel Flüssigkeit. Nachdem ich fertig war, waren die Symptome weg.

Zu Hause, ohne nachzudenken, legte ich mich neben meinen Mann ins Schlafzimmer mit dem offenen Fenster und wachte morgens nach ungestörtem Schlaf beschwerdefrei auf - zu meiner und meines Mannes Verwunderung.

Bei anderen Pollenflügen konnte ich Anflüge von Heuschnupfen durch Eigenbehandlung kurzfristig selbst beheben, auch zur Birkenpollenzeit im Frühjahr 94. Ich bin faktisch beschwerdefrei geblieben.

Unterschrift Waltraud H.

3.3.4.2. Zustand nach Zahnoperation

Verena ..., geb. 6.9.64, sollte einen Stiftzahn eingesetzt bekommen und fürchtete sich sehr davor. Nachdem ich mit ihrer Mutter schon seit längerer Zeit nach der Methode von Paul Meyer arbeite, las sie den beigegeführten Handzettel durch und machte sich an die Arbeit, ihre Furcht in der Vorstellung zu bekämpfen. Voller Freude stellte sie dabei fest, dass es für sie kein Problem war, alle möglichen vorgestellten Körperteile zu visualisieren. Allerdings begannen sie ein unkontrollierbares Eigenleben zu entwickeln, veränderten und vermehrten sich

unversehens, um der halb erschreckten, aber doch auch amüsierten Verena ein Schauspiel zu liefern, dessen passiver Zuschauer sie geworden war. Davon berichtend, meinte sie hinterher, dass sie ihr Ziel, den Zahn und die Furcht zu vergessen, damit ganz sicher erreicht hätte!

An einem Freitag, mittags um 12 h, wurde der Zahn operiert. Nachmittags, als die Wirkung der Betäubungsspritze anfang nachzulassen, fingen wir an zu arbeiten. In einer eineinhalbstündigen Sitzung lernte Verena – mit Hilfe der immer wieder neu gestellten Titelfrage „wer bestimmt, was Du Dir vor-stellst?“ und sehr sorgfältig aufgebautem Bezug zu den realen Gegenständen ihrer Umgebung – Aufmerksamkeit auf die Aktionen ihrer vorgestellten Hände zu gewinnen. Später kamen dann vor allem der Kiefer, speziell die verletzte Stelle, und schließlich der ganze Körper hinzu. Nach dem Training war das Gesicht gut abgeschwollen und anstelle der Taubheit und des aufkeimenden Schmerzes war im Kiefer nur noch Wärme zu spüren.

Das Wochenende verbrachte die Patientin beschwerdefrei in München.

Bei der Kontrolluntersuchung am darauf folgenden Montag äußerte sich der behandelnde Arzt erstaunt darüber, dass die Fäden noch nicht gezogen waren, weil er aus dem Zustand der Narbe glaubte schließen zu können, dass die Operation schon mindestens 14 Tage her sei. Er glaubte der Patientin nicht und ließ sich die OP-Akte bringen.

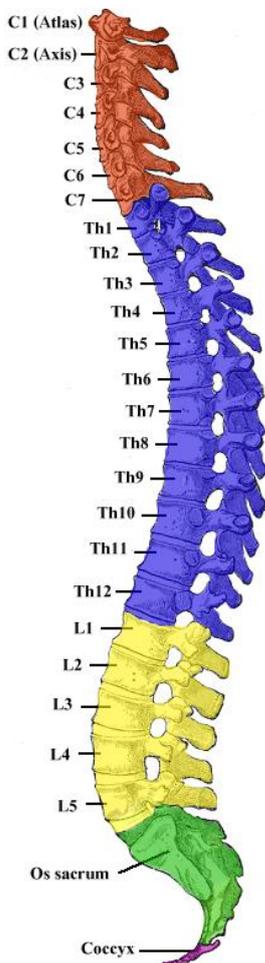
Unterschrift: Sabine N

3.4 Rücken

3.4.1 Anwendungsgebiete:

- Beschwerden im Wirbelsäulenbereich
- Rückenschmerzen
- Bandscheibenvorfall

3.4.2 Anatomie



Menschliche Wirbelsäule (gesamt) in der Seitenansicht (links). Rot: Halswirbelsäule, Blau: Brustwirbelsäule; Gelb: Lendenwirbelsäule, Grün: Kreuzbein, Violett: Steißbein

Die Wirbelsäule des Menschen besteht aus 7 Halswirbeln, 12 Brustwirbeln, 7 Lendenwirbeln sowie jeweils 5 Kreuz- und Darmwirbelkörpern, wobei letztere jedoch zusammengewachsen sind.

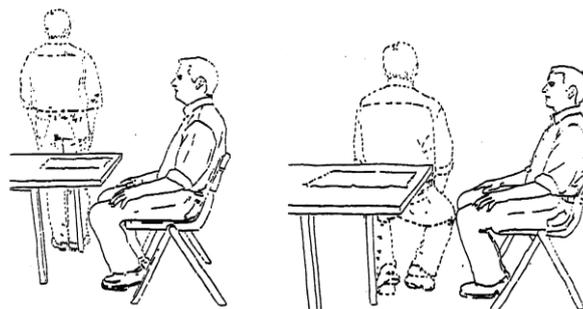
Die Wirbelsäule ist so aufgebaut, dass sie mehrere zentrale Funktionen erfüllen kann: Sie verbindet verschiedene Skelettabschnitte des Körpers miteinander, verleiht Form, dient als Ansatzpunkt für eine Vielzahl von Rumpfmuskeln und bietet einen Schutzkanal für das empfind-

liche Rückenmark, über das der gesamte Körper unterhalb des Kopfes mit Nerven versorgt wird. Bei alledem ist die Wirbelsäule auch noch elastisch und erlaubt eine Reihe von Bewegungsmöglichkeiten.

Damit diese Eigenschaften überhaupt erfüllt werden können, besteht die Wirbelsäule aus einer Vielzahl von kleineren Elementen, den sehr stabilen knöchernen Wirbelkörpern, die über federnde Knorpelkissen (Bandscheiben) sowie starken Bändern und Ligamenten miteinander verbunden sind.

In Deutschland sind über 80% aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben von Rückenschmerzen betroffen, sodass man gewissermaßen von einer „Volkskrankheit“ sprechen kann. In der Tat ist gerade der untere Rückenbereich (Lendenwirbelsäule) enormen Kräften ausgesetzt, die er zwar aufgrund seiner S-Form gut abfedern kann: Allerdings können hier unverhältnismäßige Belastungen (z.B. schweres Heben) und Fehlhaltungen (z.B. bei der Büroarbeit) zu einer Reizung der Nerven führen, die die Wirbelsäule selbst versorgen. Schlimmstenfalls kann es aber auch zu einer Verletzung der Bandscheiben, Bänder und Gelenke kommen, die wiederum einen Druck auf das Rückenmark und die ein- bzw. austretenden Nerven ausüben und diese dadurch schädigen können. Lähmungserscheinungen und Gefühlsstörungen in den Beinen sowie Blasenentleerungsstörungen können die Folge sein.

3.4.3 Übungsanleitungen



1.	Setzen Sie sich an einen Tisch mit geraden Kanten	
1.1	Schauen Sie den Bereich, den Ihr vorgestellter Körper berühren soll, an. <i>Lassen Sie so viele Details wie möglich an dieser Stelle „kommen“.</i>	Best.
1.2	Beschließen Sie, einen vorgestellten Körper an dieser Stelle mit dem Rücken zur Tischkante wahrzunehmen. <i>Nehmen Sie das Gewicht des Körpers auf den vorgestellten Füßen wahr, Berührung des Körpers an der Tischkante, die Aufrichtung des Körpers und was sonst noch kommt, auch wenn das Körperbild nicht „sichtbar“ erscheint.</i>	Best.
1.3	Lassen Sie den vorgestellten Körper durch Kniebeuge an der Tischkante langsam herunterrutschen, bis am Rücken - dem vorgestellten und/oder dem wirklichen - ein	

	Schmerz oder Missgefühl auftritt. Hier anhalten. <i>Beobachten Sie</i>	Best.
1.4	Ertasten Sie durch kleine Bewegungen – auf und ab und seitwärts – die Grenzen der Schmerzstellen.	Best.
1.5	Massieren Sie durch ähnliche Bewegungen die Stelle sanft. <i>Beobachten Sie die Reaktionen bis zur Stabilisierung. Bestätigen Sie bei jeder einzelnen Auf- und Abbewegung.</i>	Best.
1.6	Gehen Sie mit dem vorgestellten Körper auf die Mitte des auffälligen Bereiches. Lassen Sie den vorgestellten Körper einen Druck gegen die Tischkante ausüben. <i>Das kann den Schmerz etc. verstärken oder umgekehrt. Beobachten bis zur Stabilität. Wie stark der Druck sein soll, hängt vom Gefühl des Anwenders ab.</i>	Best.
1.7	Massieren Sie mit Druck gegen die Tischkante (wie 1.4) <i>Beobachten Sie die Reaktionen bis zur Stabilisierung. Bestätigen Sie bei jeder einzelnen Auf- und Abbewegung.</i>	Best.
1.8	Bewegen Sie den vorgestellten Körper auf die Mitte des schmerzenden/empfindlichen Bereiches, der sich inzwischen auch im Ausmaß verändert haben mag. <i>Beobachten Sie die Reaktionen durch den Druck. Beobachten Sie bis zur Stabilität.</i>	Best.
1.9	Lassen Sie den Druck los. <i>Beobachten Sie bis zur Stabilität.</i>	Best.
1.10	Massieren Sie (wie 1.4) <i>Beobachten Sie die veränderten Reaktionen.</i>	Best.
1.11	Richten Sie den vorgestellten Körper auf. <i>Beobachten Sie ständig beide Körper.</i>	Best.
1.12	Bewegen Sie den vorgestellten Körper in den wirklichen hinein. <i>Der vorgestellte Körper löst sich im wirklichen Körper auf und ist separat nicht mehr spürbar.</i> <i>Beobachten Sie Änderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen..</i>	Best.

1.13	Führen Sie die gesamte Übung mehrmals durch.	
------	--	--

3.4.4 Erfahrungsberichte

3.4.4.1 Erfahrungsbericht Hexenschuss

„Besonders seit dem Tod meines Mannes litt ich unter **Depression, hohem Blutdruck** (zeitweise 220/110) und **Schwindelanfällen**. Ich nahm mehrmals am Tag Tabletten ein, so dass ich unter Stress arbeiten gehen konnte. 1996 litt ich zusätzlich mehrere Wochen an einem schmerzhaften **Hexenschuss**. Herr Meyer, der in der gleichen Firma arbeitete, bot mir eine Behandlung mit Übungen in der Vorstellung an. Da ich nicht viel Zeit hatte, zeigte er mir in der Kaffeepause eine Übung, wonach ich ein Vorstellungsbild meines Körpers mit der schmerzhaften Stelle des Rückens gegen die Kante des Konferenztisches, woran ich saß, massierte und danach den vorgestellten Körper in meinen wirklichen hineintat. Das wärmte die Stelle wohltuend auf. Ich habe zuhause so lange geübt, bis mein Rücken an der Stelle ganz heiß wurde und schließlich in Ordnung war. Der ganze Rücken wurde viel freier. Spätere Anfänge von Hexenschuss habe ich auf diese Weise gleich zu Anfang wegmachen können.“

Unterschrieben Maria A.

3.5 Nacken / Halswirbelsäule

3.5.1 Anwendungsgebiete:

- Nackenverspannung
- Schiefhals
- Cervikogene Kopfschmerzen
- Schwindel

3.5.2 Anatomie

Die Hauptaufgabe der Halswirbelsäule ist es, ein stabiler und gleichzeitig dynamisch-beweglicher Träger für den Kopf zu sein. Sie besteht beim Menschen aus sieben Halswirbeln, die über Bandscheiben, kleine Facettengelenke, Ligamente, Bänder und Muskeln miteinander dynamisch verbunden sind und es uns erlauben, den Kopf in verschiedene Richtungen zu drehen und zu neigen. Aufgrund des ständig wirkenden Kopfgewichtes und der hohen Beweglichkeit kann es jedoch oft zu stärkeren Belastungen des Band- und Muskelapparates der Halswirbelsäule kommen, insbesondere bei länger andauernder einseitiger oder falscher Haltung (z.B. bei Bildschirmarbeit oder Überkopfarbeiten im Handwerk). Hieraus entstehen oft Beschwerden die sich als Muskelverspannung im Nacken- und Schulterbereich, als Schiefhaltung des Halses und als Nackenschmerzen, die in den Kopf ausstrahlen, darstellen.

Aufgrund der äußerst komplexen anatomischen Verhältnisse im Nackenbereich, wobei hier Blutgefäße, die das Gehirn versorgen zu nennen sind als auch aus die dem Rückenmark ein- und austretenden Nervenwurzeln, sind physiotherapeutische und krankengymnastische Behandlungen am Halsbereich oft nur eingeschränkt möglich und nur mit großer Vorsicht durchzuführen, um eine Verschlimmerung von Schäden zu vermeiden.

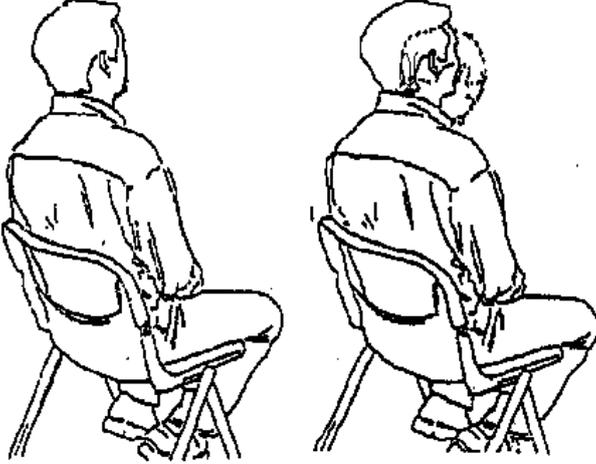
Die Halswirbelsäule profitiert deshalb in besonderem Maße von einer schonenden Behandlungsmethode wie dem IRT.

Weitere Strukturen im Halsbereich sind die oberen Atemwege inkl. des Kehlkopfes und der Luftröhre (Trachea), die im Brustraum dann in die Bronchien einmündet.

Eine weitere wichtige anatomische Struktur des Halses ist auch die Schilddrüse, die aus zwei Lappen besteht und die unterhalb des Kehlkopfes liegt. Die Schilddrüse produziert lebenswichtige Schilddrüsenhormone, die den Stoffwechsel regulieren.

3.5.3 Übungsanleitungen

3.5.3.1 Nackenschmerzen

<p>Beschließen Sie, einen vorgestellten Kopf vom wirklichen Rumpf/Hals nach vorne hängen zu lassen.</p> <p><i>Beobachten Sie den Hals/Nacken/Schulter-Bereich und was sich sonst meldet, bis sich nichts mehr weiter ändert, einschließlich der durch die Anweisung hervorgerufenen Gedanken/Gefühle.</i></p> <p><i>Nehmen Sie wahr, wie weit die Bewegung ohne Anstrengung geht, etwaigen Widerstand im Nacken, vorne etc.</i></p> 	Best
<p>Wiegen Sie den Kopf leicht nach rechts</p> <p><i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best
<p>Wiegen Sie den Kopf leicht nach links</p> <p><i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best
<p>Ziehen Sie den hängenden Kopf unter Anstrengung in Richtung Brustbein.</p> <p><i>Spüren Sie den Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Bewegen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung nach rechts.</p> <p><i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung in die Mitte.</p>	

	Best
<p>Bewegen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung nach links. <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung in die Mitte.</p>	Best
<p>Lassen Sie die Anstrengung los. <i>Beobachten Sie mindestens die muskuläre Erleichterung im Bereich Brust, Rücken etc., wie weit und welche Muskeln involviert sind.</i></p>	Best
<p>Wiegen Sie den Kopf leicht nach rechts <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best
<p>Wiegen Sie den Kopf leicht nach links <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best
<p>Bewegen Sie den vorgestellten Kopf in den wirklichen hinein. <i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass der vorgestellte Kopf verschwunden ist. Der vorgestellte Kopf löst sich im wirklichen Kopf auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i> <i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen am wirklichen Kopf.</i> <i>Auch wenn es sonst nichts an Veränderungen gibt, wird der Kopf deutlicher wahrgenommen.</i></p>	Best
<p>Neuer Zyklus</p>	
<p>Bewegen Sie den Kopf nach hinten.</p>	

 <p><i>Spüren Sie den Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Wiegen Sie den Kopf leicht nach rechts <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best.
<p>Wiegen Sie den Kopf nach links. <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach</i></p>	Best.
<p>Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.</p>	Best.
<p>Ziehen Sie den Kopf unter Anstrengung weiter nach hinten (auch wenn keine weitere Bewegung daraus resultiert).</p>	Best.
<p>Wiegen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung nach rechts. <i>Spüren Sie den Änderungen nach</i></p>	Best.
<p>Nehmen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung in die Mitte.</p>	Best.
<p>Wiegen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung nach links. <i>Spüren Sie den Änderungen nach.</i></p>	Best.
<p>Nehmen Sie den Kopf unter dieser Anstrengung in die Mitte.</p>	Best.
<p>Lassen Sie die Anstrengung los. Der Kopf hängt weiter nach hinten. <i>Spüren Sie den Änderungen nach.</i></p>	Best.
<p>Wiegen Sie den Kopf ohne Zug leicht nach rechts.</p>	

<i>Spüren Sie den Änderungen nach.</i>	Best.
Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.	Best.
Wiegen Sie den Kopf ohne Zug leicht nach links <i>Spüren Sie den Änderungen nach.</i>	Best.
Nehmen Sie den Kopf in die Mitte.	Best.
Bewegen Sie den vorgestellten Kopf in den wirklichen hinein. <i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass der vorgestellte Kopf verschwunden ist.</i> <i>Der vorgestellte Kopf löst sich im wirklichen Kopf auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i> <i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen am wirklichen Kopf.</i> <i>Auch wenn es sonst nichts an Veränderungen gibt, wird der Kopf deutlicher wahrgenommen.</i>	Best.
Neuer Zyklus	
Neigen Sie den Kopf nach rechts Richtung Schulter. 	
<i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position mit dem Kinn Richtung Decke. <i>Beobachten Sie bis zur Stabilisierung.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf zurück in die Mittelposition (<i>der Kopf ist weiterhin nach rechts geneigt</i>).	

<i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position mit dem Kinn Richtung Boden. <i>Beobachten Sie bis zur Stabilisierung.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf zurück in die Mittelposition (der Kopf ist weiterhin nach rechts geneigt).	Best.
Ziehen Sie den Kopf unter Anstrengung weiter Richtung Schulter. <i>Beobachten Sie die verstärkte Muskelanspannung und was sonst noch zu spüren ist.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position unter Anstrengung mit dem Kinn nach oben.	Best.
Drehen Sie den Kopf unter Anstrengung zurück in die Mittelposition (der Kopf ist weiterhin nach rechts geneigt).	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position unter Anstrengung mit dem Kinn nach unten. <i>Beobachten Sie bis zur Stabilisierung.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf unter Anstrengung zurück in die Mittelposition. (der Kopf ist weiterhin nach rechts geneigt).	Best.
Lassen Sie die Anstrengung los (der Kopf ist weiter nach rechts geneigt). <i>Beobachten Sie bis zur Stabilisierung.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position mit dem Kinn nach oben. <i>Spüren Sie den seitlichen Änderungen nach.</i>	Best.
Drehen Sie den Kopf zurück in die Mittelposition (der Kopf ist weiterhin nach rechts geneigt).	Best.
Drehen Sie den Kopf in dieser Position mit dem Kinn nach unten. <i>Spüren Sie den Änderungen nach.</i>	Best.
Neuer Zyklus	

<p>Bewegen Sie den vorgestellten Kopf in den wirklichen hinein.</p> <p><i>Das Wie wird offen gelassen.</i></p> <p><i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass der vorgestellte Kopf verschwunden ist..</i></p> <p><i>Der vorgestellte Kopf löst sich im wirklichen Kopf auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen am wirklichen Kopf.</i></p> <p><i>Auch wenn es sonst nichts an Veränderungen gibt, wird der Kopf deutlicher wahrgenommen.</i></p>	<p>Best.</p>
<p>Neuer Zyklus</p>	
<p>Führen Sie die Zyklen 5. bis 5.15 mit Neigen des Kopfes nach links durch.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	

3.5.3.2 Schwindel

<p>1.</p>	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Kopf in Lebensgröße nach vorne geneigt kommen, einmal um eine vertikale Achse rollen, und zwar erst in einem kleinen Kreis, den der Höchstpunkt des Scheitels beschreibt.</p> <p><i>Spüren Sie mögliche Muskelanspannungen im Hals- und Nackenbereich und beobachten Sie, ob sich Schwindel meldet. Erst wenn alle Symptome sich stabilisiert haben, erfolgt die Bestätigung.</i></p> <p><i>Beobachten Sie bis zur Stabilität.</i></p>	<p>Best.</p>
-----------	--	--------------

		
1.1	<p>Bewegen Sie den vorgestellten Kopf in den wirklichen Kopf hinein.</p> <p><i>Das Wie wird offen gelassen.</i></p> <p><i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass der vorgestellte Kopf verschwunden ist.</i></p> <p><i>Der vorgestellte Kopf löst sich im wirklichen Kopf auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen am wirklichen Kopf.</i></p> <p><i>Auch wenn es sonst nichts an Veränderungen gibt, wird der Kopf deutlicher wahrgenommen.</i></p>	Best.
1.2	Führen Sie nun in neuen Zyklen 1. – 1.1 dieselbe kleine Kreisbewegung durch bis diese leicht, rund und ohne weitere Änderung der Symptome abläuft.	
1.3	Führen Sie nun in neuen Zyklen 1. – 1.1 dieselbe kleine Kreisbewegung in umgekehrter Richtung durch.	
Neue Zyklen		
2.	Führen Sie nun in neuen Zyklen immer größere Kreise in der ursprünglichen Richtung durch wie 1. bis 1.3.	
2.1	Führen Sie nun in neuen Zyklen immer größere Kreise in umgekehrter Richtung durch. Immer wieder an Bestätigung denken!	

Wenn während dieser Übungen der Schwindel auftritt, werden Sie erkennen, dass Sie den Schwindel/Schmerz etc. selbst provoziert haben, anstatt wie bisher das Opfer zu sein.

Weitermachen, bis Sie merken, Sie können es mehr beeinflussen, indem Sie durch weitere Bewegung etwas mehr den Schwindel provozieren. Der klingt aber immer wieder ab!

Sie werden feststellen, dass sich das Symptom ändert, sich lindert und mit Abgähnen von Wellen von Müdigkeit einhergehen kann.

Sie müssen gründlich beobachten, mit welcher Bewegung oder ob mit ähnlichen Bewegungen der Schwindel etc. auch auftritt, und ihn dann mit wiederholten, weitergehenden und auch spontan schneller werdenden Bewegungen genau so abreagieren. Keinesfalls sind die Abschlüsse der Zyklen, d. h. „hinein in den wirklichen Kopf/nachspüren“ auszulassen.

3.5.4 Erfahrungsberichte

3.5.4.1 Erfahrungsbericht Lagerungsschwindel

Ab dem 9.4.2000 hatte ich Beschwerden durch Lagerungsschwindel. Sie traten wechselnd stark auf, tageweise setzten sie auch ganz aus. Ab dem 25.5.2000 wurden die Schwindelercheinungen beim Umdrehen im Bett stärker und verschwanden auch nicht mehr tagsüber. Am 30.5.2000 diagnostizierte ein HNO-Arzt einen gutartigen Lagerungsschwindel (benigner paroxymaler Nystagmus) und verordnete 2 × täglich ½ Dolomit und ein 10minütiges tägliches isometrisches HWS-Training. (Ein Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule – medialer HWS-Prolaps 5/6 lag seit Ende 1998 vor.) Wenn die Beschwerden in zwei Wochen nicht verschwunden seien, sollte ich den Arzt wieder aufsuchen.

Am 14.6.2000 hatte ich stattdessen eine Sitzung mit Paul Meyer. Die Beschwerden hatten sich bis zu diesem Datum angehalten: Der Schwindel trat bei jedem Lagerungswechsel auf. Die Intensität der Beschwerden schien etwas schwächer geworden zu sein, möglicherweise hatte ich mich auch an sie gewöhnt. Bei dieser Sitzung am 14.6.2000 ging Paul Meyer volle drei Stunden lang systematisch die Übungen der IRT-Methode durch, die er speziell für Schwindel, Steif- oder Schiefhals etc. entwickelt hat.

Mein Arbeitsanteil – die Vorstellung eines Kopfes, der nur wenig von meinem tatsächlichen Kopf entfernt, im Verlauf dieser dreistündigen Sitzung imaginativ nach vorne, hinten, rechts und links nicken und schließlich in Achterbewegungen kreisen sollte – erschien mit nicht schwierig. Ablenkend war nur zeitweise der Gedanke, dass Paul Meyer mir zu viel Zeit opferte.

Am 16.6.2000, nach dieser nur einmal stattgefundenen Sitzung, war das Ergebnis verblüffend: In dieser Nacht war kein einziges Mal ein Symptom des Lagerungsschwindels mehr aufgetreten.

Bis 16.1.2001, bis jetzt 7 Monate, hat die völlige Beschwerdefreiheit von Lagerungsschwindel angehalten.

...

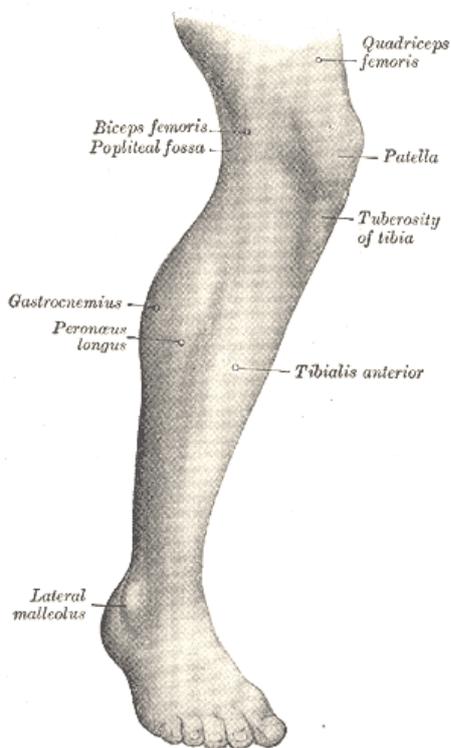
Gez. A.B.

3.6. Füße, Beine

3.6.1 Anwendungsgebiete:

- Durchblutungsstörungen der Beine
- Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Hüft-, Knie- oder Fußgelenken
- Fersendorn
- Verletzungen an Füßen und Beinen
- Wadenkrämpfe
- Kalte Füße

3.6.2 Anatomie



Darstellung des menschlichen Beins von vorne seitlich.

Unsere Beine tragen uns ein Leben lang. Beinlängenunterschiede, angeborene Fehlstellungen und Deformitäten oder unausgeglichen beanspruchte Beinmuskeln (z. B. O-Beine bei Fußballern) führen zu mechanischen Überbelastungen und Abnutzungserscheinungen an den Gelenken und Sehnen, was sich als Bewegungseinschränkung oder Schmerz bemerkbar macht. Darüber hinaus sind die Blutgefäße an den Beinen besonderen Belastungen ausgesetzt, da auf ihnen die gesamte Flüssigkeitssäule des Blutkreislaufs „drückt“. Menschen mit schwachen

Blutgefäßwänden erleiden deshalb mit den Jahren Krampfadern. Auch die zuführenden Gefäße zu den Beinen (Arterien) können sich durch schädliche Faktoren wie z.B. das Rauchen, verengen (Atherosklerose), woraus dann Durchblutungsstörungen entstehen können. Dies ist auch als die Schaufensterkrankheit bekannt, da bereits nach wenigen Schritten die Blutversorgung die Beinmuskeln nicht mehr ausreichend versorgen kann und es dadurch zu akuten Schmerzen kommt, die den Betroffenen zwingt, kurz stehen zu bleiben und sich zu erholen. Selbst wenn die Blutgefäße intakt sind, kann es dennoch zum Phänomen der kalten Füße kommen, woran viele Menschen leiden. Dies ist am ehesten auf eine gestörte Balance in der Erweiterung und Verengung der äußeren Blutgefäße im Hautbereich bedingt, was der Kontrolle des vegetativen Nervensystems unterliegt. Insgesamt bieten die Beine aufgrund der großen mechanischen Belastung eine Fülle von Möglichkeiten für eine Vielzahl von Störungen.

3.6.3 Übungsanleitungen

3.6.3.1 Grundübungen Beine / Füße

<p>Wenn man ein Problem an einem Bein/Fuß/Zehen hat, kann es nützlich sein, mit dem unproblematischen Bein die Übungen anzufangen, um die Reaktionen kennen zu lernen. Die Reaktionen mögen nicht sehr stark sein, da an dem gesunden Bein nichts in Unordnung ist. Anschließend die Übungen mit dem anderen Bein durchführen.</p>		
1.	<p>Betrachten Sie den Fußboden an der Stelle, an der Sie das vorgestellte Bein kommen lassen.</p> <p><i>Nehmen Sie alle Einzelheiten an dieser Stelle wahr bis nichts mehr auftaucht</i></p> 	Best.
1.1	<p>Beschließen Sie, ein vorgestelltes Bein neben dem wirklichen Bein „kommen“ zu lassen (entweder seitlich eines Beines oder zwischen beiden Beinen).</p> <p><i>Beobachten Sie, wie sich der Boden unter Ihrer vorgestellten Fußsohle anfühlt – die Temperatur, glatt oder rau etc.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Muskeln in Ihrem Bein.</i></p>	Best.
1.2	Drücken Sie das Bein gegen den Boden	

	<p>Beobachten Sie den Fuß und das gesamte Bein und was sich sonst noch meldet, bis sich nichts mehr weiter verändert, einschließlich der durch die Anweisung hervorgerufenen Gedanken und Gefühle.</p> <p>Nehmen Sie wahr, wie weit die Bewegung geht etc. Widerstand in den Muskeln etc.</p>	Best.
1.3	<p>Lassen Sie den Druck los.</p> <p><i>Beobachten sie die Veränderung in der Muskulatur und Ihrer Fußsohle</i></p>	Best.
1.4	<p>Bewegen Sie das vorgestellte Bein in das wirkliche Bein hinein.</p> <p><i>Das vorgestellte Bein löst sich im wirklichen Bein auf bzw. wird als separate Entität nicht mehr spürbar sein.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen</i></p>	Best.
<p>Das ist ein erster Zyklus, der, wenn er einiges an Effekt bringt, öfter wiederholt werden kann, bis die Effekte abflauen.</p>		
<p>Neuer Zyklus</p>		
2.1	<p>Lassen Sie ein vorgestelltes Bein kommen</p> <p>Beobachten Sie wie vorher</p>	Best.
2.2	<p>Stellen Sie das vorgestellte Bein auf die Zehen</p> <p><i>Beobachten Sie Ihre Zehen, Ihren gesamten Fuß die Muskeln in Ihrem Bein – Wadenmuskeln und Schienbein. Wie weit das Bein hoch können Sie Anspannung fühlen?</i></p> 	Best.
2.3	<p>Drücken Sie mit den Zehen gegen den Boden</p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderung im gesamten Fuß und in den Waden- und Oberschenkelmuskeln und was sonst noch auftaucht.</i></p>	Best.

2.4	Lassen Sie den Druck los (der Fuß steht noch auf den Zehen) <i>Beobachten Sie zumindest das Aufhören der muskulären Anstrengung im gesamten Bein, Unterkörper etc. Wie weit und welche Muskeln sind involviert, Kribbeln etc.</i>	Best.
2.5	Rollen Sie Ihren vorgestellten Fuß auf die Ferse. <i>Beobachten Sie die Veränderung in Ihrer gesamten Beinmuskulatur, besonders in den Waden, Ziehen am Schienbein etc.</i> 	Best.
2.6	Drücken Sie fest mit der Ferse gegen den Boden. <i>Beobachten Sie die stärkere Spannung im gesamten Bein, vor allem auch in der Oberschenkelmuskulatur.</i> <i>Beobachten Sie die Bewegung auch im Unterkörper, Gesäß usw.</i>	Best.
2.7	Lassen Sie den Druck los (der Fuß steht noch auf der Ferse). <i>Beobachten Sie, wie die Spannung in der Muskulatur weniger wird.</i>	Best.
2.8	Rollen Sie den vorgestellten Fuß auf die Sohle.	Best.
2.9	Machen Sie diesen zweiten Zyklus erneut so oft, bis es leicht geht.	Best.
2.10	Führen Sie das vorgestellte Bein in das wirkliche hinein. <i>Beobachten wie vorher</i>	Best.
Neuer Zyklus		
3.1 – 3.6 = wie 2.1 bis 2.6		
3.7	Krallen Sie die Zehen zusammen, während der vorgestellte Fuß auf der Ferse stehen bleibt. <i>Spüren Sie die Anspannung in den Zehen und die verstärkte Anspan-</i>	

	<p><i>nung in der Waden- und Schienbeinmuskulatur etc.</i></p> 	Best.
3.8	<p>Spreizen Sie die Zehen (der Fuß steht noch auf der Ferse).</p> <p><i>Beobachten Sie die Entspannung der Muskulatur usw.</i></p> 	Best.
3.9	<p>Machen Sie erneut die Übungen 3.7 - 3.8 Zehen krallen und spreizen</p> <p><i>Beobachten Sie, bis das Zehen Spreizen und Krallen leicht und schnell geht und sich meistens eine Erwärmung an den Zehengrundgelenken bemerkbar macht, die sich in die Zehen und in den Fuß hinein ausbreitet...</i></p>	Best.
3.10	<p>Stellen Sie den Fuß auf die Sohle</p> <p><i>Beobachten Sie Fuß und Bein.</i></p>	Best.
3.11	<p>Bewegen Sie das vorgestellte Bein in das wirkliche hinein.</p> <p><i>Es wird nichts darüber gesagt, wie dieses vorzunehmen ist. Das Wie wird offen gelassen.</i></p> <p><i>Als Minimalbeobachtung wird festgestellt, dass das vorgestellte Bein verschwunden ist.</i></p> <p><i>Das vorgestellte Bein löst sich im wirklichen Bein auf bzw. ist separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen am wirklichen Bein.</i></p> <p><i>Auch wenn es keine fühlbare Veränderung gibt, gilt dieses als Beobachtung, da in jedem Fall das bearbeitete Bein bedeutend gegenwärtiger sein wird als das andere.</i></p>	Best.

<p>Wenn weniger Änderungen pro Zyklus vorkommen und diese auch leicht und schnell vor sich gehen, kommen Sie zu einem neuen Zyklus:</p>		

<p>Neuer Zyklus</p>		
----------------------------	--	--

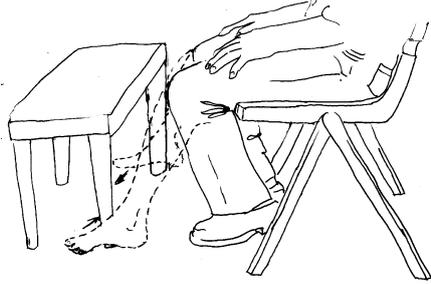
4.	<p>Machen Sie jetzt alle Übungen von 3 bis 3.11 mit dem anderen Bein so oft, bis es leicht geht.</p> 	
----	---	--

<p>Wenn weniger Änderungen pro Zyklus vorkommen und diese auch leicht und schnell vor sich gehen, kommen Sie zu einem neuen Zyklus:</p>		
---	--	--

<p>Neuer Zyklus</p>		
----------------------------	--	--

3.6.3.2 Weitere Übungen für Füße / Unterschenkel

7.	<p>Lassen Sie vorgestellte Füße an den Außenseiten der Stuhlbeine kommen.</p>	
----	---	--

	 <p><i>Die Füße/Beine müssen zu Anfang nicht gleichzeitig kommen, die Gleichzeitigkeit ergibt sich im Laufe der Übung.</i></p> <p><i>Fühlen Sie den Fußboden unter Ihren Füßen</i></p>	Best.
7.1	<p>Drücken Sie mit leichtem Druck gegen die Stuhlbeine - von außen nach innen.</p> <p><i>Beobachten Sie die verstärkte Muskelanspannung in Füßen und Beinen</i></p>	Best.
7.2	<p>Bewegen Sie die vorgestellten Beine in die wirklichen hinein.</p> <p><i>Beobachten Sie die Veränderungen, Kribbeln, Entkrampfung oder auch nur vage Sensationen an den wirklichen Beinen.</i></p>	Best.
7.3	<p>Machen Sie die Übungen 7. bis 7.2 so lange bis es leicht geht.</p>	
7.4	<p>Machen Sie die Übungen 7. bis 7.2, indem Sie mit größerem Druck gegen die Stuhlbeine drücken.</p> <p><i>Beobachten Sie die verstärkte Muskelanspannung in Füßen und Beinen.</i></p>	Best.
7.5	<p>Lassen Sie den Druck los. Die vorgestellten Füße stehen nach wie vor neben den Stuhlfüßen.</p> <p><i>Beobachten Sie das Nachlassen der Muskelanspannung</i></p>	Best.
7.6	<p>Bewegen Sie die vorgestellten Beine in die wirklichen hinein.</p>	Best.

3.6.4 Erfahrungsberichte

3.6.4.1 Heilung von offenen Beinen bei einer 72-jährigen Dame

17. Februar 1993

Ich, A. K., geb. 15.12.1921, war Anfang 1992 schwer an Bronchitits und Herzbeschwerden erkrankt.

Am 20. Juni 1992 besuchte mich Herr Meyer: Ich saß mit geschwollenen Beinen, schwer an Krampfadern leidend, im Lehnstuhl. **An den Knöcheln waren die Beine offen**, diese mussten hoch gelagert sein, um schon nach einigen Minuten eintretende schwere Schmerzen zu vermeiden. Ich konnte nicht mehr gehen und saß apathisch da. Zweimal in der Woche wurde ich zum Arzt gefahren. Behandlung durch Pillen und Salbe, Beine fest gewickelt und unterhalb der Knie blau bis schwarz.

Herr Meyer brachte mich, anfangs mit einiger Mühe in der Verständigung, dazu, die erste Übung mit den Händen auf der Lehne des Armsessels zu machen, erst mit einer, dann mit der anderen, dann mit beiden Händen, jeweils etwa 5-6 Aktionen.

Ich stellte schon bei der Übung mit der ersten Hand fest, dass diese warm und durchblutet wurde. Ich erreichte dieses schließlich für beide Hände und Arme und war sehr interessiert. Das hatte ich schon seit Monaten nicht gehabt – die Hände waren immer kalt und schlecht durchblutet gewesen.

Nach wenigen Übungen für die Füße auf dem Boden wurden diese auch wärmer. Bis zum 11. Juli hatte ich mir aus eigenem Antrieb jeden Tag auf diese Weise die Hände warm gemacht bzw. warm gehalten und hatte auch mit den Füßen bzw. Beinen weiter geübt, vorgestellte Berührung mit dem Boden, Druck auf den Boden, nach der Formel: Hinlangen, zudrücken, loslassen, zurück.

Dabei stellte ich mir Herrn Meyer, die Kommandos gebend, vor, was ich nach der 2. Sitzung nicht mehr tat. Jedes Mal ergaben sich Fortschritte, die ich selbst hervorgebracht hatte!

Im Resultat waren die Wunden kleiner geworden, ein nicht unangenehmes „Heiljucken“ war um die Wundränder zu spüren, und ich konnte im Haus und bis zum Gartentor gehen.

Am 11. Juli wurden in der zweiten Sitzung die Hand/Arm-Übungen schnell durchgemacht und mit den Beinen weitergehend geübt:

Erst eins, dann das zweite Bein neben das wirkliche auf den Boden gestellt, mit Drücken und Loslassen, auch auf Zehen und alternativ als Zwischenstufe auf die Fersen gestellt, unter Druck. Dann mit beiden Beinen gleichzeitig.

Es gab kräftige, wenn auch erträgliche Reaktionen in den wirklichen Beinen, wie Prickeln „nach eingeschlafenen Gliedern“, lokales „Stechen“, spürbar verstärkte Durchblutung. Ich konnte die Beine mit den Unterschenkeln die ganze Zeit, etwa 45 Minuten, ohne Schmerzen hängen lassen. Sonst taten sie nach 3 Minuten weh. Zum Abschied begleitete ich Herrn Meyer bis zum Gartentor.

Bis zu einem dritten Besuch am 27. Juli 1992 hatte ich fleißig weiter geübt, nur einige Tage unterbrochen durch eine Darmgrippe, wodurch ich mich zu nichts fähig fühlte.

Der Arzt war äußerst zufrieden und brauchte mich nur einmal in 2 Wochen zu sehen. Die Wundheilung schritt sehr gut voran und ich war schon zu den Nachbarn gegangen und sogar bis ans Ende der Straße (etwa 150 m) und zurück – ohne jegliche Schmerzen. Als ganz wich-

tig wurde die Verbesserung meines Gemütszustandes von mir selbst und meiner Familie empfunden. Ich hatte wieder Interesse am Leben und war am Tag vor dem dritten Besuch auf der Geburtstagsfeier meiner Schwester im Nebendorf gewesen.

Nach telefonischer Anfrage von Herrn Meyer 2 Wochen später war ich immer mehr mobil, eine Wunde fast zugeheilt, die zweite auch besser, Verdauung besser. Ich übte fleißig weiter und war von meiner Selbsthilfe überzeugt und sehr zufrieden.

Die Unterschenkel und Füße hatten wieder eine normale, weiße Hautfarbe, obzwar noch mit sichtbaren Krampfadern.

Ich bin wieder aktiv, versehe meinen Haushalt und kann gut gehen.

Unterschrift Anna K.....

3.6.4.2 Phantomschmerzenentfernung und Wiederherstellung von Durchblutung nach Amputation von abgestorbenen Zehen

25.11.1992

Ich, B. v. P.-W. im September 1992 84 Jahre und 4 Monate alt, hatte in diesem Monat eine Operation wegen Prostata-Krebs im Münchener Hospital Harlaching und anschließend 18 Kobalt-Bestrahlungen.

Danach, wieder zuhause in Rauenthal, Rheingau, musste ich mehrere Monate meist auf dem Sofa liegend verbringen und litt an schweren Durchblutungsstörungen an beiden Beinen. An einem Fuß ergab sich Gangrän der Zehen, die ganz schwarz wurden, so dass diese am 05.07.92 im St. Josefs-Hospital in Wiesbaden amputiert wurden. Während meines Krankenhausaufenthaltes – etwa ein oder zwei Wochen nach der Operation – besuchten mich als langjährige Freunde der Familie Herr und Frau Paul und Gerty Meyer. Im Gespräch über meine Schwierigkeiten schlug mir Herr Meyer vor, dass ich in meiner Vorstellung sowohl an dem (relativ) gesunden Fuß wie auch an dem operierten und nun schmerzhaften Fuß mit den Zehen die weißlackierte Metallstange am unteren Bettrand ertasten sollte. Zweck der Vorstellungsbildung wäre, festzustellen, ob und wie das die Schmerzen und den Zustand insbesondere des operierten Fußes beeinflussen könnte.

Da ich nichts zu verlieren hatte, tat ich dies mehrmals, auch nachdem die Besucher gegangen waren, mit anfänglich totaler Skepsis. Da mir die Übung aber subjektiv gut tat, blieb ich dran. Nach meiner Entlassung ergab sich bei Folgeuntersuchungen nicht nur, dass die Amputationswunde nicht zuheilte, sondern dass sich eine weitere gangränöse Stelle am Wundrand eingestellt hatte, so dass eine weitergehende Amputation in Aussicht gestellt wurde.

In einem Telefongespräch riet mir Herr Meyer, in meiner Vorstellung aggressiver mit den benachteiligten Körperteilen zu agieren, d. h. mit dem gerade operierten Fuß in der Vorstellung an Objekten in Körpfernähe – z.B. an einem Tischbein - Druck auszuüben, diesen wieder loszulassen etc. Er ermutigte mich mit dem Beispiel der 71jährigen Dame, deren offene Beine durch regelmäßiges Üben in dieser Art im Abheilen begriffen wären.

Ich tat dies auch mit einiger Selbstüberwindung. Meine subjektive Empfindung des Fußes verbesserte sich daraufhin und bei der nächsten Kontrolluntersuchung bekam ich die Nachricht, dass weitere Untersuchungen überflüssig waren.

Nichtsdestoweniger heilte die Amputationswunde, etwa 5 cm lang und 1 cm hoch, 11 Wochen lang einfach nicht zu. Ich war mit täglichen schmerzhaften Verbandwechseln durch meine liebe Frau sehr behindert und fühlte mich dementsprechend nicht sehr hoffnungsvoll.

Am 24. September besuchte mich Herr Meyer und machte mit mir von 19.00 bis 20.20 Uhr die in seinem Manuskript angegebene Abfolge von Übungen. Diese brachten eine unerwartet starke Belebung der Durchblutung in den Händen, Armen, Schultern, dem ganzen Rücken und auch in den Beinen und Füßen.

Ich machte diese Übungen zweimal täglich. Am 26. September konnte ich Herrn Meyer berichten, dass sich im Zuge einer Steigerung von Vitalität und Stimmung die Amputationswunde von 1 cm Dicke auf die Hälfte geschlossen hatte. An dem Tag übte Herr Meyer wieder von 19.00 bis 20.10 h mit mir diesen Ablauf, wobei sich eine immer weitergehende Detaillierung der Wahrnehmung von den obigen Körperteilen und deren entsprechende Belebung ergab. Ich übte zweimal täglich weiter, jeweils mit schrittweisem Erfolg und wachsendem Interesse.

Am 4.10.92. besuchte mich Herr Prof. Dr. Sch., Hautspezialist, Wiesbaden, und fotografierte die noch verbliebene Operationswunde.

Mitte Oktober fuhr ich, inzwischen wieder fähig Auto zu fahren, nach Wiesbaden und ließ die nun komplett zugeheilte Wunde dort fotografieren. Mit orthopädischen Schuhen bin ich jetzt wieder voll mobil und schmerzfrei und fühle mich generell sogar besser als vor meiner Prostata-Erkrankung.

PS: Seit Beginn der oben erwähnten Übungen stelle ich mit freudiger Überraschung fest, dass meine alljährliche herbstliche Bronchitis nicht mehr aufgetreten ist.

Unterschrieben B. v. P-W

3.7 Körpervorderseite

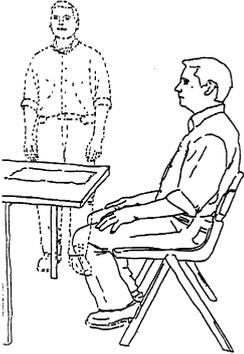
3.7.1 Anwendungsgebiete:

- Beschwerden und Schmerzen im Bauchbereich
- Herzbeschwerden

3.7.2 Übungsanleitungen

3.7.2.1 Übungsbeispiel bei Herzbeschwerden

1.	Setzen Sie sich an einen Tisch mit geraden Kanten	
1.2	<p>Beschließen Sie, einen vorgestellten Körper vor dem Tisch stehend wahrzunehmen, Gesicht zum Tisch.</p> <p><i>Nehmen Sie das Gewicht des Körpers auf den vorgestellten Füßen wahr, die Aufrichtung des Körpers und was sonst noch kommt.</i></p>	

		Best.
1.3	<p>Machen Sie mit dem vorgestellten Körper langsam eine Kniebeuge. Halten Sie sich dabei mit den vorgestellten Händen am Tisch fest.</p> <p><i>Beobachten Sie speziell Zeichen von Anstrengung – Herzklopfen, Änderung des Atems sowie die Muskelanspannung in den Beinen und sonst wo.</i></p> 	Best.
1.4	<p>Wippen Sie in der Kniebeuge.</p> <p><i>Beobachten Sie die wachsende Anstrengung und ihre Auswirkungen</i></p>	Best.
1.5	<p>Richten Sie Ihren Körper auf.</p> <p><i>Beobachten Sie speziell Ihre Herz-Kreislauf-Reaktionen.</i></p>	Best.
1.6	<p>Führen Sie den gesamten vorgestellten Körper in den wirklichen hinein.</p> <p><i>Der vorgestellte Körper löst sich im wirklichen Körper auf und ist separat nicht mehr spürbar.</i></p> <p><i>Wie fühlt sich der wirkliche Körper jetzt an? Beobachten Sie besonders auch die mögliche Veränderung der Herz-Kreislauf-Abläufe.</i></p>	Best.
<p><i>Neuer Zyklus</i></p>		

2.	<p>Führen Sie einen weiteren Zyklus von 1. bis 1.6 durch.</p> <p><i>Beobachten Sie die Unterschiede oder das Mehr an Detail im Fühlen, z. B. veränderte Atmung, veränderter Herzschlag usw.</i></p>	
<p>Wenn Sie schnell viele Kniebeugen mit dem Körperbild machen können, ohne dass Sie an diesem oder dem wirklichen Körper Symptome erfahren, ist die Krankheit abgeschaltet.</p>		

3.7.2.2 Übungsbeispiel Bauchschmerzen

<i>Neuer Zyklus</i>		
3.	<p>Lassen Sie einen vorgestellten Körper vor dem Tisch stehend kommen, Gesicht zum Tisch.</p> <p><i>Beobachten Sie.</i></p>	Best.
3.1	<p>Lassen Sie den vorgestellten Körper durch Kniebeuge an der Tischkante langsam hinunter gleiten, bis an der Vorderseite – der vorgestellten und/oder der wirklichen – ein Schmerz oder Missgefühl auftritt. Hier anhalten.</p>	Best.
3.2	<p>Ertasten Sie durch kleine Bewegungen – auf und ab und seitwärts – die Grenzen der Schmerzstellen.</p> <p><i>Beobachten Sie die Reaktionen bis zur Stabilisierung. Bestätigen Sie bei jeder einzelnen Auf- und Abbewegung.</i></p>	Best.
3.3	<p>Gehen Sie mit dem vorgestellten Körper auf die Mitte des auffälligen Bereiches. Lassen Sie den vorgestellten Körper einen leichten Druck gegen die Tischkante ausüben.</p> <p><i>Das kann den Schmerz etc. verstärken oder umgekehrt. Beobachten bis zur Stabilität. Wie stark der Druck sein soll, hängt vom Gefühl des Anwenders ab.</i></p>	Best.
3.4	<p>Massieren Sie mit stärkerem Druck gegen die Tischkante (wie 3.2).</p> <p><i>Beobachten Sie.</i></p>	Best.

3.7.3 Erfahrungsberichte

3.7.3.1 Erfahrungsbericht funktionelle Herzstörungen, Herzstolpern und Panikzustände

Ich, R. M., geb. 12.04.61, wohnhaft Wiesbaden, Beruf Film- und Fernsehkameramann, hatte seit mehreren Jahren funktionelle Herzstörungen, Herzstolpern mit Panikzuständen, Zittern und schweißnasse Hände nach dem Aussetzen des Herzschlags. Dazwischen Druck in der aufsteigenden Aorta beim Lesen, beim Räuspern usw.

Dies war erstmalig aufgetreten im Alter von etwa 26 Jahren, wo ich mich in einer Situation von körperlicher Überarbeitung in einer verbogenen Körperhaltung befand. Am selben Tag gab es noch Unterhaltungen, die meinerseits Existenzängste hervorriefen bis 1.30 h morgens in der Wohnung eines Freundes. Kurz vor dem Weggehen in Niedernhausen bekam ich einen weiteren Anfall, eingeleitet durch Schmerzen zwischen den Schultern und Hitzevallungen vom Nacken glühend heiß bis zur Stirn zusammen mit dem Herzstolpern. Das hielt die ganze Fahrt von Niedernhausen bis Ober-Olm, eine Distanz von etwa 30 km, an, so dass ich Mühe hatte, nach Hause zu kommen. In Ruhestellung flaute der Anfall ab, kam aber dann ganz neu mit Panik, so dass ich kurz davor war, den Notarzt zu rufen.

Am nächsten Tag machte mein Hausarzt, der im selben Haus eine Etage tiefer wohnt, ein EKG. Zusätzlich ein Internist in Nieder-Olm ein Langzeit-EKG, bei welchen Gelegenheiten es nicht möglich war, den Anfall zu provozieren.

Die Anfälle kamen dann weiter, meist in Ruhephasen nach nicht etwa besonderer Anstrengung, z. B. zum Bäcker gehen, an der Theke anlehnen, schon war der Anfall da. Das war in meinem Beruf außerordentlich störend.

Nachdem die Ärzte keinen körperlichen Befund ausmachen konnten, wurde ich als Problemfall zur Deutschen Klinik für Diagnostik geschickt, wo ich physisch vollkommen gesund befunden wurde. Nach Überweisung an die Abteilung für Psychosomatik schickte mich der dortige Chefarzt Dr. G. M. zu der Heilpraktikerin (Psychotherapie) Frau Gertrude Meyer-Jorgensen. Dort machte ich eine Behandlung von ca. 35 Stunden mit Aufmerksamkeitsübungen unter Betätigung meines Körpers. Nach dieser Behandlung im Februar 1990 waren die Symptome fast vollständig weg.

Ab Juli 1992 anlässlich einer Überanstrengung in total überhitzten Räumen beim Filmen in Leipzig fingen die Symptome wieder an mit Herzstolpern von einer halben Stunde in einer Tour. Es wurde wieder wie vor meiner Behandlung, obzwar ohne Panik und ich bemerkte, dass, wenn ich mich heftig körperlich betätigte, es den Anfall abfangen konnte.

Nichtsdestoweniger waren die Symptome äußerst lästig, bei Hitze im Auto traten sie ein, wenn irgendwie Existenzängste waren, da diese Krankheit mein Bestehen als selbständiger Kameramann unmöglich machen konnte und z. B. bei Gelegenheiten, wie die Aufnahme von Interviews, wo man die Kamera ganz ruhig halten muss bei angestrenzter Körperhaltung, wo die Symptome die Konzentration außerordentlich störten.

Es war hier allerdings eine Beruhigung, dass ich die Behandlung bei Frau Meyer-Jorgensen bei Gelegenheit wiederholen konnte und deswegen wandte ich mich Mitte September wieder an sie. Leider war Frau Meyer-Jorgensen ausgebucht und verwies mich an ihren Mann, Herrn Paul Meyer, der zwar als Ingenieur keinen Praxisbetrieb hatte, aber als Freizeitbetätigung ähnliche Aufmerksamkeitsübungen, nur übertragen auf die Vorstellung, entwickelt hatte.

Ich hatte also Sitzungen bei Herrn Meyer am 30.09.92 von knapp 3 Stunden und am 01.10.92 nachmittags von knapp 2 Stunden mit seiner Methode. Danach traten die Symptome nur noch in ganz leichter Form und selten auf. Ich konnte selber nach dieser Methode daran arbeiten und die Symptome zum Verschwinden bringen.

Am 27.10.92 hatte ich sozusagen als Checkup noch eine Sitzung von 1 Stunde bei Herrn Meyer und bin seither mit meinem Gesundheitszustand zufrieden.

Das Herzstolpern tritt trotzdem immer wieder auf, wenn sich eine Erkältungskrankheit oder ein starker Wetterumschwung ankündigen. Doch kann ich sagen, dass ich ein Aufkommen von Herzstolpern durch die von Ihnen gelernte Trainingsmethode sehr gut abfangen kann. Ich möchte Sie noch bitten, bei einer Veröffentlichung meinen Namen vertraulich zu behandeln.

Mit vielen Grüßen

Unterschrieben R.M.

3.7.3.2 Erfahrungsbericht Schmerzen im Bauchbereich

von Anita S.

Februar 1999

Seit über 20 Jahren Schmerzen, vor allem BWS, bekannte Deckplatteneinbrüche und Spondylarthrose seit 20 Jahren (seither keine Röntgenbilder mehr). Zustand nach Gebärmutterhalskrebs-Operation Oktober 1994 mit Entfernung der Lymphknoten im Beckenbereich, daher aufwendige Operation (Blase, Darm, Entfernung von Bindegewebe usw.)

Beschwerden: ...Schmerzen im Bauchbereich, wohl vor allem Verwachsungen, die zeitweise ein Laufen unmöglichen machten, Schmerzen und –Anschwellung des gesamten rechten Beines – Lymphödem.

26.09.96 telefonische Sitzung

Ich hatte so starke Bauchschmerzen, dass ich überwiegend bettlägerig war und kaum stehen konnte. Beim Atmen hatte ich Schmerzen bis in den linken hinteren Rippen- und Nierenbereich, fast wie bei einer Nierenkolik, wusste aber, dass es eine Darmentzündung in Verbindung mit den Verwachsungen war, den Schmerz kannte ich aus der Zeit kurz nach der Operation.

Überhaupt hatte ich immer wieder starke Schmerzen in Verbindung mit den Verwachsungen. Mein Mann hat mir immer wieder mit Hilfe von Neuraltherapie helfen können, es kam aber in Abständen immer wieder. Während der aufwendigen Sitzung haben wir zum ersten Mal die „Verwachsungen angeschaut“. Ich war selbst überrascht, welches Bild sich mir bot. Ich habe es mir unter Pauls Anleitung ganz genau angesehen.

Schon nach der Sitzung hatte ich eine wesentliche Erleichterung. Ich habe die Übungen im Bett noch wiederholt usw. Es wurde immer besser.

Es war dann schlagartig besser und hält bis heute an.

3.7.3.3 Behandlungs-Kurzbericht Gallenkoliken

Eine Rechtsanwältin/Notarin, deren Bericht über Erleichterung bei Lungenemphysem (in der Broschüre Hände/Arme) erscheint, also eine erfahrene Anwenderin von IRT, hatte kürzlich

Gallenkoliken. Sie konnte kaum schlafen und nur mit starken Schmerzmitteln am Tag arbeiten. Eine Operation der mit Gries belasteten Gallenblase war in Erwägung.

Während eines Telefongesprächs war sie bereit, das Ganz-Körperbild mit der entsprechenden, berührungsempfindlichen Stelle am realen Tischrand zu massieren. In der Durchsicht „sah“ sie den geschwollenen Gallengang und Gewebe, welches spitzkantige Griesstücke einschloss. Durch eine Reihe von Zyklen über etwa 35 Minuten wurde die Gegend warm, dann lokal heiß. Mit den Schwellungen im Gewebe ging auch der Schmerz herunter, mit vielen Müdigkeitsswellen und Gähnen.

Danach blieb die Anwenderin schmerzfrei und hatte das Vertrauen gewonnen, eine Operation, notfalls in Eigenregie, abwenden zu können.

3.8 Beeinflussung negativer Emotionen

3.8.1 Anwendungsgebiete:

- Emotional negative und bedrückende Gedanken an eine Person
- Liebeskummer
- Gedrückte Stimmung aufgrund einer bestimmten Ursache

Erstaunlicherweise kann das IRT nicht nur zur Behandlung körperlicher Beschwerden eingesetzt werden, sondern kann sich auch bei psychischer emotionaler Belastung als hilfreich erweisen. Wenn Gedanken an ein für Sie unangenehmes Ereignis oder eine unangenehme Person immer wiederkehren und dazu führen, dass sich Ihre Stimmung eintrübt (Grübeln), dann empfiehlt sich folgendes Procedere:

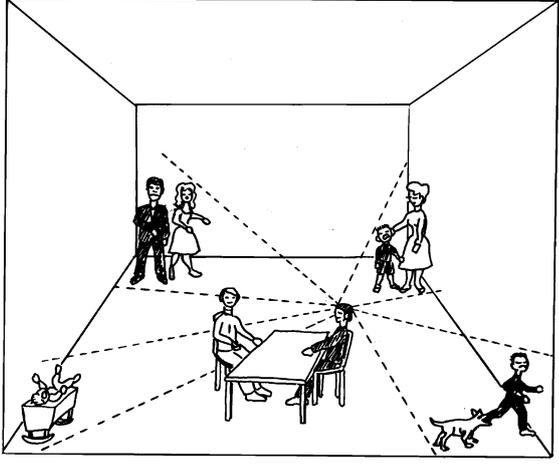
3.8.1.1 Übungsanleitung: Zwischenmenschliche Entspannung

1.

Beschließen Sie, in einer sichtbaren Ecke des Raumes eine Szene zwischen sich und einem oder mehreren anderen Menschen in voller Körpergröße kommen zu lassen.

Beobachten Sie diese – insbesondere den Ablauf der Interaktion und der Gefühle – neutral, bis sich „die Handlung“ nicht mehr ändert und Ihre Gefühls- und Gedanken-Reaktionen darauf in der Szene.

Was da auftaucht ist das, worin Sie akut feststecken. Die Stabilisierung geschieht, weil Sie die Szene mit Ihnen selbst darin jetzt von außen beobachten – solange Sie NUR NEUTRAL BEOBACHTEN.

		Best.
1.1	<p>Lassen Sie in einer zweiten sichtbaren Ecke des Raumes eine Szene zwischen sich und einem oder mehreren anderen Menschen kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie diese, bis sich nichts mehr ändert.</i></p> 	Best.
<p>Es können durchaus in zwei oder mehreren Ecken dieselben Personen auftauchen, wobei Sie selbst sich immer in verschiedenen Situationen oder Altersstufen befinden. Sie können während der Übung Ihre damaligen Aktionen und Reaktionen neutral beobachten.</p>		
1.2	<p>Lassen Sie in einer dritten Ecke des Raumes außerhalb Ihres Sichtfeldes eine weitere Szene zwischen sich und einem oder mehreren anderen Menschen kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie diese, bis sich nichts mehr ändert.</i></p>	Best.
1.3	<p>Lassen Sie in einer vierten Ecke des Raumes außerhalb Ihres Sichtfeldes eine weitere Szene zwischen sich und einem oder mehreren anderen Menschen kommen.</p> <p><i>Beobachten Sie diese, bis sich nichts mehr ändert.</i></p>	Best.
1.4	<p>Nun sind in den 4 Ecken des Raumes die Körperbilder der Protagonisten wie Statuen vorhanden.</p> <p>Nun beschließen Sie, diese als Massen in den Körper hineingehen zu lassen. Das geht zuerst einzeln oder paarweise – oder nach einiger Übung alle gleichzeitig.</p> <p><i>Beobachten Sie, wo die Massen in den Körper hineingehen. Das kann von der einen Ecke in eine andere Körperregion sein wie von der anderen Ecke. Beobachten Sie Ihre jeweiligen Reaktionen im Körper, während sich die Massen dort auflösen, bis zur Stabilität.</i></p>	Best.

1.5

Führen Sie die Übungen 1. bis 1.4 erneut aus.

Sie werden feststellen, dass diese Runden immer schneller werden, so dass längere Anweisungen den Prozess aufhalten würden.

Sie können als Aufmerksamkeitsleiter (AL) anweisen:

AL: „Ecke 1“ – Anwender: „stabil“ – AL bestätigt

AL: „Ecke 2“ – Anwender: „stabil“ – AL bestätigt

AL: „Ecke 3“ – Anwender: „stabil“ – AL bestätigt

AL: „Ecke 4“ – Anwender: „stabil“ – AL bestätigt

AL: „hinein“ – Anwender: „stabil“ – AL bestätigt.

Wenn das auch zu viele Worte werden, machen Sie mit dem Anwender aus, das Ganze mit der Anweisung „Zyklus“, „stabil“ und „hinein“ bestätigen durchzuführen.

Wenn das auch zu lang wird, lassen Sie den Anwender sich selbst die Anweisung geben und Ihnen nur „stabil“ und „drin“ berichten, was Sie bestätigen.

Schließlich kommen Sie dazu, dass der Anwender nur den Gesamtzyklus mit „Zyklus“ bestätigt und Sie bestätigen.

Im Dialog in Sitzungen mit Aufmerksamkeitsleitern wird diese Technik von den Anwendern gerne gemacht, da es nicht nötig ist, irgendwelche Details der Szenen, die auch beschämend sein können, preiszugeben, Namen zu nennen etc.... um die Wirksamkeit herzustellen.

Im Gegensatz zu anderen Psychotherapien ist dies eine sehr diskrete Methode, da keine Widerstände seitens des Anwenders hervorgerufen werden.

3.8.3 Erfahrungsberichte

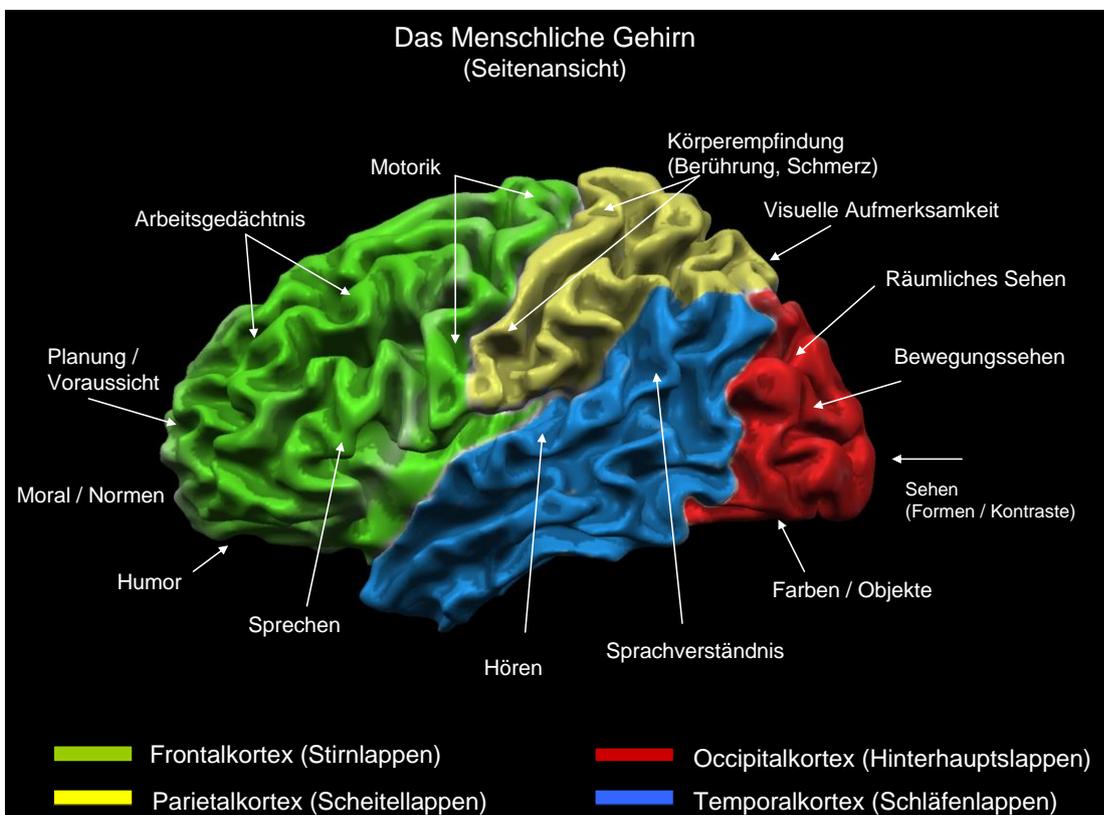
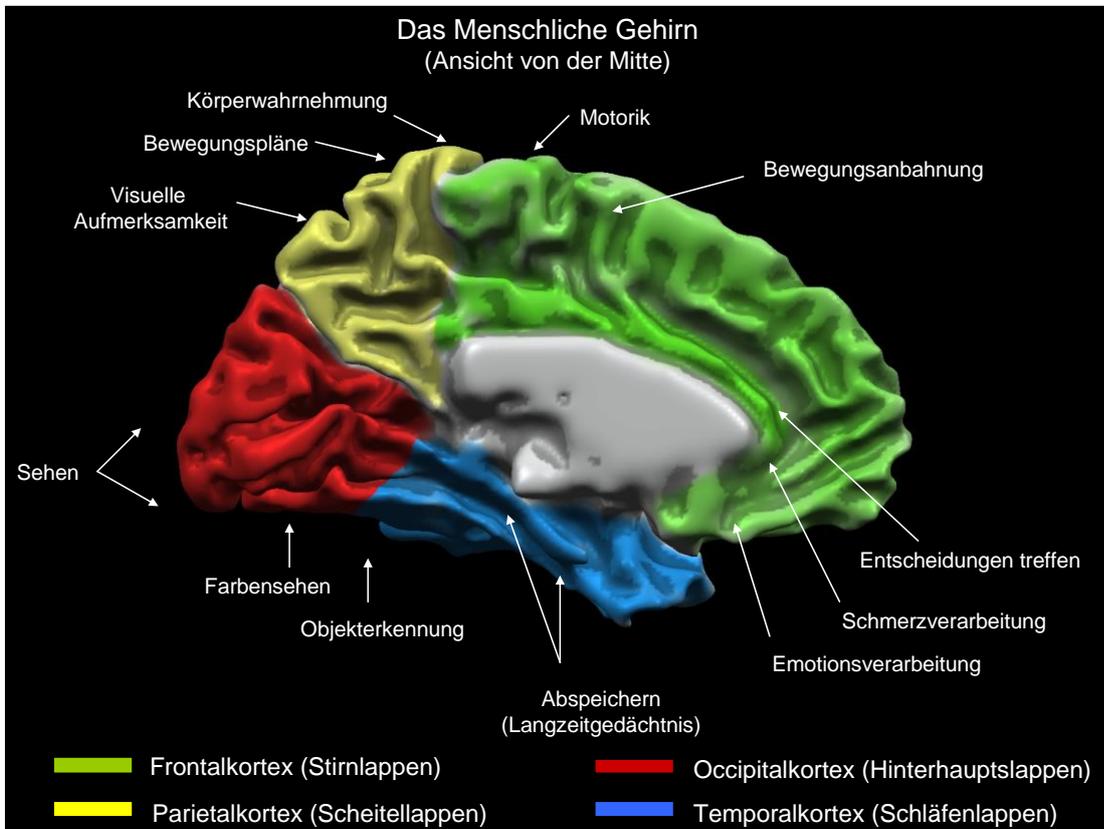
3.8.3.1 Erfahrungsbericht Liebeskummer

32-jährige Frau; 24. Juli 2000 schreibt:

„Übrigens helfen diese Übungen auch bei **Liebeskummer**. Im September 1999 war ich sehr verliebt, aber leider erfolglos. Ich war sehr niedergeschlagen und traurig und wollte mich von diesen Gefühlen befreien. Nach zwei telefonischen Sitzungen mit Herrn Meyer, bei denen ich mir meinen Wunschpartner und mich selbst außerhalb meines Körpers in verschiedenen Situationen vorstellen sollte, konnte ich meinen Misserfolg mit großer Erleichterung akzeptieren und denjenigen in meinem Innern „freigeben“ und gehen lassen.

Ein paar Wochen später wurden wir ein Paar und sind es immer noch.

IV. EINE KLEINE HIRNKUNDE



Die Imaginative Resonanztherapie (IRT) beruht auf der Vorstellung hauptsächlich visueller, aber auch motorischer Abläufe. Für den Leser, der sich gerne vertiefend mit der Anatomie des Gehirns auseinandersetzen möchte, wollen wir im Folgenden auf die Strukturen und Prozesse im Gehirn eingehen, die die Grundlage für visuelle Wahrnehmung und die Erzeugung von Bewegungen verantwortlich sind. Denn visuelle und motorische Imagination beruht zum größten Teil auf denjenigen Hirnstrukturen, die für die Wahrnehmung (Sehen) und Ausführung von Bewegungen (Motorik) zuständig sind.

4.1 Das Visuelle System oder: Wie die Bilder ins Gehirn kommen

Maßgeblich für das Überleben der meisten Organismen ist die Fähigkeit, die räumliche Beschaffenheit ihrer Umwelt zu erfassen und sich anhand dieser Informationen im Raum zurechtzufinden und fortzubewegen.

Ganz allgemein erhalten wir Informationen über unsere Umwelt mit Hilfe verschiedener Sinnessysteme: der Tastsinn verrät uns z.B. etwas über die Oberflächenbeschaffenheit von Gegenständen: ob sie weich oder hart sind, grobkörnig oder fein. Über unseren Geruchssinn erfassen wir bereits geringste Konzentrationen von Molekülen, die in der Atemluft schweben, und können so z.B. potentiell giftige oder gefährliche Stoffe erkennen oder auch die Nähe einer geliebten Person. Unser Sehsinn erfasst hingegen elektromagnetische Wellen, die von Objekten abgestrahlt oder reflektiert werden. Je nach ihrer Wellenlänge stellen diese elektromagnetischen Wellen entweder sichtbares Licht (380 -760 nm), Infrarotstrahlung (>780 nm) oder Ultraviolettlicht (unterhalb der sichtbaren Wellenlänge bis hin zu 1 nm) dar. Für den Menschen ist nur der Bereich von 380 -760 nm sichtbar, während andere Tierarten etwa auch im UV-Bereich (z.B. Bienen) oder Infrarotbereich (z.B. Schlangen) sehen können. Technische Entwicklungen ermöglichen es aber auch dem Menschen, nicht-sichtbare Spektralbereiche sichtbar zu machen und für sich zu nutzen. Ein Beispiel hierfür sind z.B. Wärmebildkameras, die es erlauben, selbst über größere Entfernungen Menschen oder andere Lebewesen aufgrund ihrer Körpertemperatur von der Umgebung abzugrenzen und so erkennbar zu machen. Wärmebildkameras werden seit vielen Jahren im Militär aber auch zunehmend in anderen Bereichen eingesetzt.

Lichtwellen weisen gewisse Eigenschaften auf, die in unserem Gehirn in Informationen umgesetzt werden: Je nachdem, welche Wellenlänge das Licht hat, erhalten wir einen unterschiedlichen Farbeindruck. So empfinden wir z.B. Licht in einem Bereich von 650-750 nm als rot, während wir den Wellenlängenbereich 420-490 nm als Blau wahrnehmen. Eine andere Eigenschaft des Lichts ist seine Intensität. In Abhängigkeit davon, wie viele Lichtstrahlen auf unsere Netzhaut fallen, haben wir einen dunklen oder einen hellen Seheindruck.

Das Sehen ist ein zentraler Bestandteil des unseres Daseins. Es leistet nicht nur einen wesentlichen Beitrag dazu, dass wir uns reibungslos durch unsere Umwelt bewegen können sondern stellt eine einzigartige Qualität dar als Voraussetzung ist für Schriftsprache, visuelle Symbolik und bildende Kunst.

Im Folgenden werden wir der Frage nachgehen, wie unser Gehirn es schafft, aus einer Unmenge einfallender Photonen mühelos Muster, Formen, Objekte und Bewegungen zu erkennen und diese automatisch mit Bedeutungen, Emotionen und motivationaler Relevanz zu versehen, ohne dass wir einen bewussten, aktiven Beitrag hierzu leisten müssten.

4.1.1 Die Sehbahn: Vom Auge bis zur Hirnrinde

Zunächst werden in das Auge einfallende Lichtstrahlen in der Hornhaut und der Linse gebrochen, passieren die Pupille und gelangen danach auf die Netzhaut.

Die Netzhaut ist sehr dünn (ca. 0.2 mm) und enthält u.a. so genannte Stäbchen- und Zapfenzellen, in denen einfallende Lichtstrahlen in elektrische Impulse umgewandelt werden. Insgesamt sind es ca. 1 Million Nervenfasern, die von hier entspringen, und als dicker Faserstrang (Sehnerv) den Augapfel verlassen. Nachdem ein Teil der Nervenfasern auf die Gegenseite gekreuzt hat ziehen diese Nervenbahnen als „Sehstrahlung“ zum Hinterhauptslappen, wo sie in der Sehrinde münden.

In der Sehrinde werden z.T. nacheinander und zum Teil parallel grundlegende Eigenschaften der gesehenen Objekte, wie etwa die Orientierung und Länge, repräsentiert. Weiterhin werden auch räumliche Eigenschaften, die Farbe, Bewegung und Form in unterschiedlichen Arealen des Gehirns errechnet und dargestellt.

Je nachdem, welcher dieser Bereiche gestört ist (etwa durch eine Blutung, eine Durchblutungsstörung oder durch einen Tumor), ergeben sich spezielle Defizite, die typisch sind für die Funktion des gestörten Areals. So führt etwa eine Störung eines Hirnareals, welches für die Bewegungswahrnehmung zuständig ist, dazu, dass Patienten nicht mehr in der Lage sind Bewegung wahrzunehmen. Diese Patienten haben größte Schwierigkeiten, herannahende Objekte zu erkennen, was mit erheblichen Einbußen im Alltag verbunden ist, etwa im Straßenverkehr. Patienten mit einer solchen Störung berichten, dass sie die Welt als eine durch ein Stroboskop erhellte Disco wahrnehmen: als aneinander gefügte, zusammenhanglose Einzelbilder. Wenn Sie einen Menschen sehen, der auf Sie zuläuft, dann sehen sie zwar, dass er zunächst klein erscheint und weiter weg ist, aber sie erkennen nicht, dass und ob er sich bewegt. Stattdessen sehen sie seine Statur in veränderter Position und Größe und können sich allenfalls denken, dass diese Person sich wahrscheinlich bewegt haben muss.

Menschen mit Störungen im Bereich des Schläfenlappens sind häufig unfähig, Gesichter zu erkennen (Gesichtsblindheit). Menschen mit einer solchen Schädigung sehen ein ihnen bekanntes Gesicht, welches sie aber nicht wieder erkennen oder als zu der bekannten Person zugehörig erkennen können. Auch eine Störung der allgemeinen Objekterkennung kann bei entsprechender Ausdehnung der Schädigung möglich sein. Dann sieht man zwar z.B. eine Struktur mit vier Ecken, kann diese aber nicht als eine Objekt-Einheit wahrnehmen (z.B. Viereck).

Besonders eindrucksvoll sind auch Störungen, die sich durch Schädigungen im Bereich des Scheitellappens ergeben. Dabei kommt es nicht selten zu einer Störung, die „Neglekt“ genannt wird. Dabei handelt es sich um die Unfähigkeit, die gegenüberliegende Seite des Körpers und der Außenwelt bewusst wahrzunehmen. Die Betroffenen merken noch nicht einmal, dass etwas fehlt. Beim Neglekt handelt es sich demnach um eine besondere Störung der räumlichen Aufmerksamkeit. Solche Patienten lassen beim Schreiben etwa den linken Teil der Zeile aus und beginnen weiter rechts. Auch beim Abzeichnen von Bildern fehlen dann einfach die Teile des Bildes, die sich im gestörten Wahrnehmungsfeld befinden. Besonders schwer ausgeprägte Verläufe können auch die Gefühlswahrnehmung eigener Körperteile betreffen. Hierbei ignorieren die Patienten vollständig z.B. ihren linken Arm. Selbst dann, wenn man den Arm in das intakte visuelle Wahrnehmungsfeld hineinbringt, wird er als nicht zum eigenen Körper zugehörig empfunden („Alien limb-Syndrom“). Auch bei bestimmten Demenzformen kommt es zu Ausfällen der räumlichen Wahrnehmung, der Perspektive und der Unterscheidung von Winkelgrößen. Diese Patienten haben etwa große Schwierigkeiten beim korrekten Zeichnen oder Abzeichnen einer Uhr: das Ziffernblatt wird nicht mehr korrekt kreisförmig eingetragen und die Zeiger werden in falschem Winkel zueinander positioniert.

4.2 Das Motorische System: Vom Gedanken zur Bewegung

Bewegung ist ein zentraler Bestandteil des menschlichen Daseins. Ein Großteil unserer Körpermasse besteht aus Knochen, Sehnen, Bändern, Gelenken und Muskeln, die zusammengenommen einen hocheffizienten Bewegungsapparat darstellen. Wie leistungsfähig und komplex dieser Bewegungsapparat ist, lässt sich anhand einiger Kennzahlen erkennen: Der Mensch erreicht eine Höchstgeschwindigkeit von 36,84 km/h über eine Strecke von 100 m (aktueller Weltrekord von 9.77s auf 100 m von Asafa Powell, 2006) und kann auch auf längeren Strecken immerhin noch eine Geschwindigkeit von bis zu 20 km/h aufrechterhalten (aktueller Marathon-Weltrekord: 2:04:55 h). Aufgrund des äußeren Erscheinungsbildes des Menschen, dessen Körper von einer geschmeidigen Hautoberfläche bedeckt ist, fällt es manchmal schwer, sich die Komplexität des muskuloskeletalen Systems vorzustellen: so besitzt der Mensch über 400 Muskeln im gesamten Körper, die von wenigen Millimetern bis zu über einem halben Meter Größe annehmen können. Allein beim Küssen werden bis zu 38 Gesichtsmuskeln präzise angesteuert. Erst die extreme feinmotorische Leistung unseres Stimmapparates, der nicht nur die Kehlkopf- sondern auch die Atem-, Brust-, Bauch-, Gesichts-, Schlund- und Nackenmuskulatur umfasst, erlaubt es dem Menschen hochdifferenzierte Sprache zu artikulieren und etwa wunderschöne Gesänge zu erzeugen. Auch die Fähigkeit feinmotorische Bewegungen der Hände und der Finger zu vollführen ist erst die Voraussetzung für den Gebrauch von Werkzeugen oder auch der Schriftsprache.

Im Folgenden werden wir im Gehirn ablaufende Prozesse, die bei der Erzeugung von Bewegungen eine zentrale Rolle spielen, näher beleuchten. Wie wir sehen werden, bedarf es ausgehnter Bereiche des Großhirns sowie beinahe das gesamte Kleinhirns zusammen mit mehreren darunter liegenden, subkortikalen Strukturen, um von einer initialen Bewegungsmotivation und einem Bewegungsplan die letztlich relevanten Bewegungsschemata auszuwählen und anzupassen sowie auszuführen und die Ausführung zu kontrollieren.

4.2.1 Der motorische Cortex

Der Motorkortex ist Ihnen allen bekannt durch den so genannten „Homunkulus“, einer bildhaften Darstellung der speziellen Organisation dieses Abschnittes der Hirnrinde. Der Motorkortex ist die finale kortikale Ausgangsstelle, aus der motorische Befehle über ca. 1 Million Nervenbahnen, die in der so genannten Pyramidenbahn gebündelt sind, an das Rückenmark und damit weiter zu den Muskeln entsandt werden, wo die Ausführung einer geplanten Bewegung letztlich erfolgt. Die Funktion des Motorkortex und der Pyramidenbahn lässt sich unschwer erkennen bei Personen, bei denen z.B. aufgrund eines Schlaganfalls die motorische Rinde oder die ausgehenden Fasern (Pyramidenbahn) geschädigt wurden: es kommt zur schlaffen Lähmung der jeweils betroffenen Muskelgruppen. Ist die gesamte Pyramidenbahn einer Hirnhälfte in Mitleidenschaft gezogen, resultiert die Lähmung der kompletten kontralateralen Körperhälfte (Halbseitenlähmung, „Hemiparese“). Der „Homunkulus“ weist die spezielle Unterteilung und Organisation des Motorkortex aus: Wie wir in folgender Abbildung sehen können, sind manche Abschnitte des Motorkortex für die Bewegungen des Mundes und der Lippen, während andere für die Finger, Arme und andere Körperteile zuständig sind. Beachtenswert ist, dass allein die motorische Ansteuerung von Zunge, Lippen- und Gesichtsmuskulatur ungefähr die Hälfte aller Nervenzellen des Motorkortex in Anspruch nimmt. Auch die kortikale Repräsentation der Hand- und Fingermuskeln nimmt einen überproportional großen Raum in Anspruch, was schließlich dem Homunkulus sein groteskes Aussehen verliehen hat. Aus dieser sehr ungleichmäßigen Verteilung der neuronalen Ressourcen auf verschiedene Körperteile lassen sich zwei biologische Prinzipien ableiten: Erstens: Feinmotorik und Sprache sind – auch für ein so leistungsfähiges Organ wie das Gehirn – äußerst komplex zu berechnende Vorgänge, die überproportional viele Ressourcen benötigen, und zweitens: je

differenzierter wir ein Körperteil ansteuern wollen, umso mehr Nervenzellen sind an der kortikalen Ansteuerung von Muskelfasern beteiligt. So reicht es etwa für eine Bewegung des Rumpfes vollkommen aus, wenn verhältnismäßig wenige Neurone eine große Masse an Muskelfasern der Rumpfmuskulatur ansteuern. Schließlich existiert keine biologische Notwendigkeit, mit dem Becken Bewegungen auszuführen, deren Genauigkeit im Sub-Millimeter-Bereich liegt. Je feiner die Bewegungen sind, umso mehr sinkt das Verhältnis zwischen der Anzahl von Steuerungseinheiten (Motorneurone) und der Anzahl der angesteuerten Muskelfasern.

4.2.2 Der Prämotorische Cortex

Der Motorkortex kann in gewisser Weise als Exekutive des motorischen Systems im ZNS betrachtet werden: Er gibt den Befehl für eine Bewegung. Allerdings sind dem Motorkortex mehrere kortikale Instanzen vorgeschaltet, die die Voraussetzungen schaffen, damit ein motorischer Befehl erzeugt und gesendet werden kann. Die dem Motorkortex unmittelbar übergeordnete Schaltstelle ist der so genannte Prämotorische Cortex. Der prämotorische Cortex ist dem Motorkortex direkt benachbart und empfängt Eingangssignale aus anderen Hirnarealen, die mit der Planung von Bewegungsabläufen, ihrer Prüfung und Freigabe betraut sind. All diese planenden und kontrollierenden Einflüsse laufen im prämotorischen Cortex zusammen. Ist im prämotorischen Cortex schließlich ein Zustand erreicht, in dem die Integration all dieser erwähnten Einflüsse zur Initiierung eines bestimmten Bewegungsablaufs führt, wird der entsprechende aufbereitete Bewegungsplan an den primären Motorkortex versandt, von wo aus dann die endgültige Ausführung erfolgt soll.

Der prämotorische Cortex unterhält wechselseitige Verbindungen zu anderen frontalen Arealen, die wichtige Aspekte bei der Entstehung eines Bewegungsbefehls erfüllen. So konnte gezeigt werden, dass der dorsolaterale präfrontale Cortex (DLPFC) an der Auswahl eines von mehreren Bewegungsentwürfen oder Bewegungsmöglichkeiten durchaus beteiligt ist.

4.2.3 Der posteriore Parietalkortex

In diesem Bereich werden Bewegungsentwürfe generiert und selektiert. Obwohl der Parietalkortex traditionell mit der Verarbeitung sensorischer Informationen in Verbindung gebracht wurde, so mehren sich nun die Hinweise darauf, dass in dieser Region Prozesse stattfinden, die für die Bewegungsplanung von entscheidender Bedeutung sind. Das Neugeborene hat nur ein sehr dürftiges motorisches Repertoire, jedoch lernen wir im Laufe unserer Entwicklung immer mehr neue Bewegungsmuster, auf die wir dann immer wieder zurückgreifen können. So werden zeitlich-räumliche Steuerungsabläufe, wie wir sie z.B. beim Gehen, Tanzen, Rennen, Schwimmen, Schreiben, Fahrradfahren oder auch bei ganz primitiven Bewegungen wie etwa bei einer einfachen Greifbewegung der Hand gebrauchen, als räumlich-zeitliche Sequenzen, die letztlich Bewegungsentwürfe oder „Schablonen“ darstellen, abgespeichert. Der posteriore Parietalkortex ist offenbar die Stelle im Gehirn, die solche Bewegungsentwürfe speichert und verwaltet. Aus diesem Grund verlernen wir auch das Fahrradfahren oder das Schwimmen nicht, auch wenn wir es Jahrzehnte lang nicht mehr geübt haben. Stellen Sie sich einen Torhüter im Fußball dar, der auf der Torlinie steht und einen angreifenden Stürmer mit Ball auf sich zukommen sieht. In diesem Augenblick stellt der posteriore Parietalkortex gleich eine ganze Reihe von potentiellen Bewegungsentwürfen zur Auswahl: Sprung nach rechts, Sprung nach links, schneller Sprint nach vorne, Ausfahren der Arme nach oben etc. Damit ist die Aufgabe dieser Instanz allerdings auch schon erledigt: Der posteriore Parietalkortex aktiviert die neuronale Repräsentation potentiell anwendbarer Bewegungsmuster und sendet diese

an eine nachgeschaltete Instanz: den prämotorischen Kortex, der dann letztlich auswählen und entscheiden muss, welche Bewegung und in welcher Form erfolgen soll.