

DR. JANICE HADLOCK

MORBUS 
PARKINSON
natürlich
HEILEN



Die erstaunlichen Forschungsergebnisse
einer Wissenschaftlerin

Inoffizieller Blick ins Buch

Aus dem Vorwort zur *Abhandlung über die Schüttellähmung* von James Parkinson

Es ist zu hoffen, dass die der Ärzteschaft auf den folgenden Seiten präsentierten Ausführungen nicht stark zensiert werden. Der Verfasser hielt es für seine Pflicht, seine Erkenntnisse der Prüfung durch andere auszusetzen, wengleich sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch unausgereift und unvollständig sind.

James Parkinson
Mitglied des Royal College of Surgeons*
1817

Geleitwort der Autorin

Auch dieses Buch wurde im Geist der Hoffnung, dass es nicht allzu stark zensiert werden möge, verfasst, und geht von derselben Pflichtschuldigkeit aus. Es wurde auch aus einer Haltung der Dankbarkeit geschrieben, dass ich meine Erkenntnisse nicht nur mit der Ärzteschaft, sondern mit jedem Menschen, der mehr über dieses Syndrom erfahren will, teilen darf.

Dr. Charcot (1825-1983), der von vielen als der Vater der modernen Neurologie betrachtet wird, nannte dieses Syndrom in Anerkennung der einschlägigen von James Parkinson stammenden Abhandlung die „Parkinson-Krankheit“.

Parkinson selbst verwendete die Bezeichnung „Schüttellähmung“.

2020

„Auch wenn das genaue Wesen dieser Krankheit zum jetzigen Zeitpunkt noch Fragen aufwirft, sollte nicht davon ausgegangen werden, dass es dafür keine Heilung gäbe.“

James Parkinson, 1817

Kapitel eins: Eine heilbare Krankheit

Das idiopathische Parkinson-Syndrom ist keine unheilbare Krankheit und ist es auch nie gewesen!

Meine erste Parkinson-Patientin sah ich 1996. Ich behandelte sie wegen eines Fußleidens, nicht wegen Parkinson. Schließlich wusste doch jeder Mediziner, dass Morbus Parkinson unheilbar war.

Als die Dame unerwarteterweise von Parkinson geheilt wurde, nahm ich deshalb logischerweise an, dass man sie wohl falsch diagnostiziert haben müsse. Doch als sich diese überraschenden Genesungen bei zwei weiteren Patienten einstellten, begann meine bisherige Annahme zu bröckeln.

In diesem Buch erfahren Sie, wie es weiterging.

Seit diesen ersten Heilungen sind über zwanzig Jahre verstrichen. Ich habe mit Hunderten von Parkinson-Patienten eng zusammengearbeitet. Darüber hinaus haben mir weitere Hunderte von Personen schriftlich von ihren Erfahrungen berichtet.

Ich wollte den Geheimnissen der Parkinsonkrankheit auf die Spur kommen und Antworten finden. Dieses Buch will ich mit den Antworten beginnen.

Was verursacht Morbus Parkinson?

Unter dem Begriff „Morbus Parkinson“ werden eine Reihe von Symptomen zusammengefasst. Ausgelöst werden diese Symptome durch die langfristige Aktivierung sehr spezifischer, selten benutzter bioelektrischer Schaltungen.

Nichtneurale (also sich nicht in den Nerven verlaufende) Ströme fließen kontinuierlich durch das Bindegewebe des Körpers und das Gehirn. Um welche Schaltungen es sich dabei zu einem bestimmten Augenblick handelt, hängt von den Gedanken des Betroffenen und von seinen zu diesem Zeitpunkt bestehenden biologischen Bedürfnissen ab.

Die besondere Schaltungsart, welche die Parkinson-Symptome verursacht, sollte eigentlich nur aktiviert werden, wenn sich der Betroffene im Nahtodschock oder im Koma befindet!

Bei Parkinson-Kranken fließen die nichtneuronalen Ströme jedoch ständig im Nahtodmodus. Dies kann bereits seit der Kindheit der Fall sein.

In der Traditionellen Chinesischen Medizin werden die *Hauptbahnen* der nichtneuronalen Ströme im Körper als „Kanäle“ bezeichnet. Die durch sämtliche Leitbahnen - die großen ebenso wie die kleinen - fließende Elektrizität wird „Qi-Kanal“ genannt. Das Wort Qi (sprich: Tschì) bedeutet „Energie“.

In diesem Buch werden diese Ströme manchmal als Qi-Kanal und manchmal als elektrische Ströme bezeichnet. Welche Bezeichnung Sie bevorzugen, ist unerheblich.

Bei einem gesunden Menschen verlaufen diese Kanäle nach sehr spezifischen Mustern. Ein abnormaler Verlauf eines Kanals aufgrund von Krankheitserregern, Verletzungen, Giftstoffen und sogar nur subtilen Einwirkungen wie schlechtes Wetter oder Verstimmungen kann zu körperlichen Störungen führen.

Abhängig vom Ausmaß solcher Unregelmäßigkeiten beim Kanal können aber schwerwiegendere gesundheitliche Probleme die Folge sein.

Der Verlauf des Kanals bei einem Patienten lässt sich leicht ertasten. Die meisten Studenten können diese elektrischen Ströme bereits nach wenigen Schulungswochen mit der Hand erfühlen. Dabei handelt es sich um *objektive* Resultate, nicht um intuitive oder persönliche Meinungen.

Ich unterrichte an einem Akupunkturinstitut namens „Five Branches“ in Santa Cruz, Kalifornien. Dort bringe ich den Studentinnen und Studenten auch bei, wie sie den Qi-Kanal ertasten können. In den Prüfungen müssen sie Unregelmäßigkeiten in den Kanälen neuer Patienten per Hand ertasten und schriftlich beschreiben. Meist sind die Studenten angenehm überrascht, wenn sie bereits früh im Semester feststellen, dass sie bei einem bestimmten Patienten allesamt *dieselben* Verhaltensmuster des Kanals an *denselben* Stellen feststellen konnten wie ihre Kommilitonen.

Bereits zu Beginn meiner Parkinson-Forschungen war mir aufgefallen, dass der Qi-Kanal bei Parkinson-Kranken in einem der Kanäle - dem Magenkanal - im Fuß immer entgegengesetzt verläuft.

Ich hielt dies anfangs - zu Unrecht! - für eine bei *jedem* Parkinson-Betroffenen durch eine Verletzung aufrechterhaltene Abweichung. Jahre später stellte ich fest, dass sich bei Parkinson-Kranken auch noch weitere Ströme auf eine sehr spezifische Weise verhielten, die im Widerspruch zu gesunden elektrischen Verhaltensmustern stand, wie ich sie in der Ausbildung gelernt hatte. Es mussten noch weitere Jahre vergehen, bevor ich erkannte, dass diese elektrischen Verhaltensweisen mit dem selten benutztem neurologischen Modus zu tun hatten, der nur dann aktiviert werden sollte, wenn der Betroffene am Rande des Todes steht oder sich im Koma befindet.

In der westlichen Schulmedizin wird dieser Nahtodesmodus nicht anerkannt, in der alten chinesischen Medizin jedoch schon. Der chinesische Name für diesen neurologischen Modus lautet in der Übersetzung „Am Leben hängen“.

Ich habe mir erlaubt, eine biologisch passendere Bezeichnung zu erfinden und spreche in diesem Buch vom „Pausenmodus“.

Wie eingangs bereits erwähnt, begann der Qi-Kanal bei Parkinson-Patienten, die im Zuge der von mir angewandten manuellen Therapie genesen waren, wieder in die richtige Richtung zu fließen und blieb auch in der richtigen Fließrichtung. Die Parkinson-Symptome hörten auf und kehrten nie wieder zurück. Dies war, bevor ich etwas über den Pausenmodus wusste.

Um diese Zeit, Ende der 1990er Jahre, ging ich natürlich davon aus, dass die Neuausrichtung des abnormalen Kanals infolge der Fußverletzung zur Beseitigung der Parkinson-Symptome geführt habe. Deshalb hielt ich dies für eine wirksame Behandlung bei *jedem* Parkinson-Patienten.

Ich hatte mich geirrt. Meine ersten Patienten litten alle unter derselben Variante der Parkinsonkrankheit - es handelte sich um die Variante, welche durch eine nicht ausgeheilte Verletzung in Gang gebracht worden war. Bald stieß ich jedoch auf Parkinson-Betroffene, welche auf diese Art der Therapie *nicht* ansprachen.

Ich musste noch jahrelang mit Hunderten von Patienten arbeiten, bevor ich endlich herausfand, dass es insgesamt vier unterschiedliche Möglichkeiten gab, um in diesem elektrischen Fließmuster steckenzubleiben. Jedes Mal erfordert die Freisetzung des Fließmusters eine andere Herangehensweise.

Langfristige Anwendung des Nahtodesmodus

Bei gesunden Menschen wird das elektrische Nahtodesmuster nur sehr kurzzeitig aktiviert. Es kann durch zu hohen Blutverlust, übermäßige Perforation der Haut oder andere Nahtodesarten unter schwerem Schock, einschließlich Trauma oder Koma, ausgelöst werden.

Die Symptome eines Nahtodestraumas gehören u.a. Bewegungsunfähigkeit aufgrund einer Hemmung bei der Dopaminfreisetzung für motorische Funktionen, leise Stimme, gesenkter Blutdruck, mangelhafte Temperaturregulierung, Unterdrückung des Schluckreflexes und sogar außerkörperliche Wahrnehmungen, bei denen man sich selbst von außerhalb seines Körpers sieht. Wenn der Körper versucht, wieder aus diesem Modus herauszukommen, zeigt er ein Zitterverhalten, das auch als „Schütteln“ bezeichnet wird. Auch bei Morbus Parkinson sind solche Symptome typisch.

Ausmaß und Art der Bewegungsunfähigkeit variieren. Im Koma ist ein Mensch in der Regel lahm. In einem weniger ausgeprägten Pausenmodus kann der Körper Unbeweglichkeit mit Anspannung aufweisen. Im Pausenmodus mit Bewegungsunfähigkeit mit Anspannung kommt es zu einer automatischen Verspannung gewisser Muskeln und zur Entspannung der entgegengesetzt wirkenden Muskeln, wodurch sich der Körper zusammenkrümmt.

Wie bei anderen neurologischen Modi auch, wird die gesamte Physiologie des Pausenmodus über modusspezifische, unmittelbar unter der Haut und im Gehirn verlaufende elektrische Reize aktiviert und aufrechterhalten. Der Pausenmodus und die entsprechenden elektrischen Reize sollten normalerweise aufhören, sobald sich der Körper wieder stabilisiert hat und keine unmittelbare Todesgefahr mehr besteht.

Typischerweise leben Parkinson-Patienten bereits seit Jahrzehnten - oftmals seit ihrer Kindheit - mit dieser elektrischen Schaltung.

Es war ihnen gelungen, das Symptombild des Pausenmodus „Bewegungsunfähigkeit bei gleichzeitiger Anspannung“ durch Rückgriff auf einen Notfallmechanismus im Gehirn außer Kraft zu setzen. Hierzu in einem späteren Kapitel mehr.

Zum *Auftreten* der Symptome der Parkinsonkrankheit kommt es, sobald die seelische Not bei einem im Pausenmodus verharrendem Menschen nicht mehr ausreicht, um die Deaktivierung vollständig auszulösen.

Vier Möglichkeiten, um im Pausenmodus zu verharren

Der (eventuell nur durch den Schlaf unterbrochene) *langfristige* und ungesunde Rückgriff auf den Pausenmodus kann auf vier unterschiedliche Arten aktiviert werden. Die *Art* des geistigen Erlebnisses beziehungsweise der Verletzung, welche den langfristigen Einsatz dieses Modus ausgelöst hat, entscheidet über den therapeutischen Ansatz, welcher anzuwenden ist, um diesen Modus wieder abzuschalten.

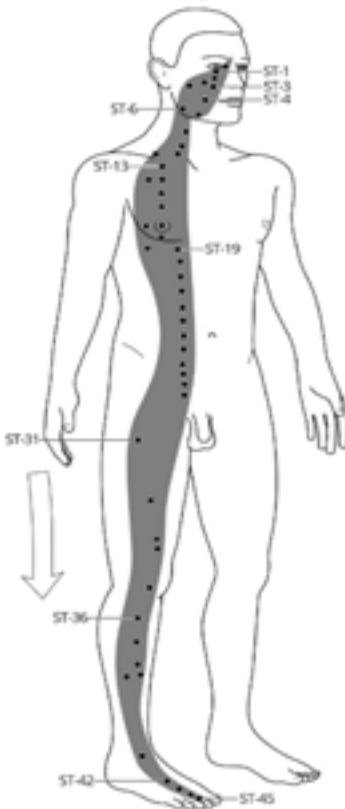
Bei zwei Therapieformen geht es um eine Veränderung der geistigen Gewohnheiten. Zwei weitere Ansätze sind physischer Art und behandeln alte Verletzungen. Sobald die elektrischen Fließmuster des Pausenmodus auf therapeutischem Wege abgeschaltet sind, kehren die Reize automatisch wieder zu gesunden Verläufen zurück.

Bei *jedem* einzelnen meiner Hunderten von Patientinnen und Patienten war einer oder *mehrere* der vier Auslöser für die Aktivierung des Pausenmodus zu beobachten!

Parkinsonkranke werden nach Anwendung der richtigen Methode für die Abschaltung der für den Pausenmodus typischen elektrischen Reize wieder völlig gesund.

Eine der im Pausenmodus zu beobachtenden Veränderungen des Qi-Kanals

Nachstehend ein kurzes Beispiel dafür, wie sich eine der verschiedenen Schaltungen im Pausenmodus mit Bezug auf Parkinson-Symptome verändert.



In der chinesischen medizinischen Theorie wird jeder der zwölf „Primär“-Kanäle, welche unter der Haut fließen, nach einem Organ benannt. Einer davon - der Magenkanal - verläuft im Normalfall vom Kopf ausgehend zu den Zehen.

Wenn der Pausenmodus aktiviert ist, fließt der Magenkanal Qi in entgegengesetzter Richtung, nämlich vom Akupunkturpunkt ST-42 am Fuß hoch zu ST-6 am Kieferknochen.

Darunterliegende Muskeln verhärten sich, wenn der über ihre Oberfläche verlaufende Qi-Kanal in entgegengesetzter Richtung läuft.

Abb. 1.1 - Gesunder Verlauf des Magenkanals im parasymphathischen Nervensystem.

Anm.: Sämtliche (nach Organen benannte) Primärkanäle haben links- und rechtsseitige Leitbahnen. Die in diesem Buch enthaltenen Zeichnungen zeigen der Übersichtlichkeit halber jeweils nur eine Körperseite.

Im Pausenmodus und bei Morbus Parkinson ist die Strecke zwischen ST-42 bis hoch zu ST-6 einer der Körperabschnitte, in dem die Muskeln versteifen, Nacken und Vorderkörper nach vorne ziehen, den Rücken krümmen und die Muskeln an den Schenkelseiten anspannen: Das ist teilweise auch das muskuläre Verhalten, wie es für die Körperhaltung eines Parkinson-Betroffenen typisch ist.

Im Falle einer entgegengesetzten Verlaufsrichtung fließt der Magenkanal Qi *nicht* hoch zur Stirnmitte. Er verläuft stattdessen vom Akupunkturpunkt ST-6 am Kieferknochen entlang des Ohres hoch zu ST-8 am Haaransatz und anschließend zur Kopfhinterseite (s. Abb. 1.2).

Wenn der Magenkanal Qi *entgegengesetzt* verläuft, fließt zwischen ST-42 in Fußmitte und ST-45 an der Spitze des zweiten und dritten Zehs kein Kanal Qi. Das *Fehlen* des Kanals Qi führt dazu, dass die darunterliegenden Muskeln empfindungslos, kalt und/oder taub werden. Durch das Fehlen des Kanals Qi kann es an anderen Stellen auch zu Pilzwachstum auf den entsprechenden Hautpartien und Nägeln kommen.

Bei Parkinson-Patienten führt das Fehlen des Kanals Qi im Bereich zwischen ST-1 bis ST-6 im Gesicht sowie ST-42 bis ST-45 am Fuß zum typischen Taubheitsgefühl und zur Muskeler schlaffung - *nicht* zur Versteifung - in diesen Bereichen.

Das Fehlen des Kanals Qi im Gesicht kann mit zur Seborrhö (Überproduktion von Hautfetten) im Nasenbereich beitragen, was bei Parkinson-Kranken nicht unüblich ist.

Das Fehlen des Kanals Qi am zweiten und dritten Zeh kann bei Parkinson-Patienten an diesen Zehen und manchmal auch am großen Zeh Zehnegelpilze begünstigen.

Parkinson-Patienten entwickeln spezifische Bereiche, in denen es zu Muskelversteifungen kommt und darüber hinaus weitere Bereiche, in denen die Muskeln schlaff, taub oder atrophisch werden (verkümmern).

Diese Bereiche sind dieselben, in denen der Kanal Qi im Pausenmodus entweder entgegengesetzt verläuft bzw. fehlt.

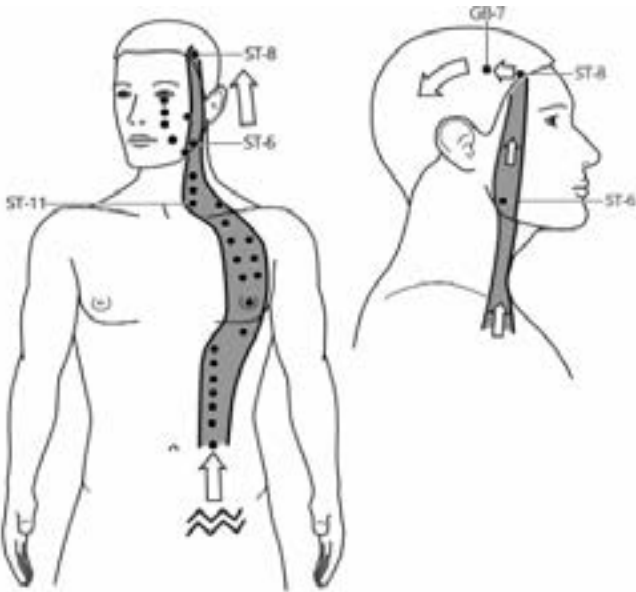


Abb. 1.2 - Während der Pause fließt der Magenkanal Qi in entgegengesetzter Richtung hoch bis zum Akupunkturpunkt ST-6. Nachdem der Kanal Qi dort angekommen ist, wird er zum Punkt ST-8 hochgeschaltet, und fließt von dort aus bis zum Gallenblasenkanal weiter.

Man vergleiche die über die Wangen fließende Energiemenge aus Abb. 1.1 mit der obigen Abbildung. Das Energiedefizit im Wangenbereich ist für die ausdruckslose „Maske“ bei einigen Parkinson-Patienten verantwortlich.

Sobald die elektrischen Muster der Pause abgeschaltet werden, erholen sich die Betroffenen von Morbus Parkinson. Der Verlauf des Kanals Qi im parasympathetischen Modus wird wiederhergestellt. Steife Muskeln werden wieder weich. Die inaktiven oder verkümmerten Muskeln bekommen wieder Spannkraft.

Nach Abschaltung der Pause verschwinden eventuell vorhandene Fußnagel- und Gesichtspilze oftmals von selbst innerhalb von sechs Monaten bis zu einem Jahr.

Diese kurze Abhandlung über Veränderungen, wie sie im Pausenmodus am Magenkanal Qi vorkommen, möge als Minimaleinführung in die entsprechende altchinesischen Erkenntnisse und deren Bedeutung für Morbus Parkinson dienen. Während der Pause verändern sich auch noch andere Kanäle, was weitere Parkinsonsymptome erklärt. Diese werden in späteren Kapiteln* behandelt.

Die Noradrenalin-Überbrückung

Während der Jahrzehnte bevor sich Parkinsonsymptome bemerkbar machen, ist ein von der Pause betroffener Mensch durchaus in der Lage, scheinbar normal zu funktionieren. Ein solcher Mensch kann sogar stärker und durchsetzungskräftiger erscheinen als die meisten anderen Personen.

Wie ist das möglich?

Die Beantwortung dieser Frage bringt uns wieder zur westlichen Schulmedizin.

Wird ein Mensch oder Tier sehr intensiv von der Pause betroffen, so kommt es in hohem Maße zu einem Rückstau bei der Ausschüttung von Dopamin im Gehirn zum Zwecke motorischer Funktionen *als auch* bei der Ausschüttung von Adrenalin durch die Nebennieren - den neben den Nieren liegenden Drüsen. Er ist beinahe bewegungsunfähig.

Falls ein im Pausenmodus befindliches Tier bzw. ein Mensch jedoch noch bei Bewusstsein ist und sich aufgrund irgendeiner Notlage - zum Beispiel, um dem hilflosen Nachwuchs beizustehen - unbedingt bewegen *muss*, wird das verletzte Wesen sehr wohl in der Lage sein, äußerst mächtige motorische Notfallfunktionen auszuführen. Die Aktivierung einer solchen Funktion wird sehr wahrscheinlich durch Noradrenalin ermöglicht.

* Die Schulmedizin verwendet für den Begriff „Kanal Qi“ die Bezeichnung „nichtneurale Bioelektrizität“.

Bei fast allen meinen Parkinson-Patienten fingen die Symptome an, als irgendeine zentrale Herausforderung in ihrem Leben, welche über lange Zeit hinweg bewusst als geistiger Ansporn fungierte, ausgedient hatte, zum Beispiel: der Jüngste ist mit seiner Ausbildung fertig; die Hypothek ist abbezahlt; der Unruhe stiftende Onkel ist verstorben. Da dieser Angstmotivator nun weggefallen ist, konnten die Patienten keine ausreichend starke Noradrenalin-Überbrückung mehr aufbauen, um die Bewegungsbeschränkungen im Pausenmodus außer Kraft zu setzen.

Der Grund für das Auftauchen der Parkinsonsymptome ist *nicht* ein Abfallen der Dopaminspiegel. Wir wissen, dass die Betroffenen zum Zeitpunkt ihrer Erstdiagnose mehr als genug Dopamin haben. Die entsprechenden Forschungsergebnisse werden in Kapitel drei behandelt.

Menschen, die unter Morbus Parkinson leiden, haben Dopamin seit Jahrzehnten nicht mehr für motorische Funktionen *benutzt* - manchmal seit ihrer Kindheit nicht mehr. Wenn diese Menschen genesen, sind viele von ihnen schockiert darüber, wie völlig fremdartig es sich anfühlt, sich nunmehr auf spontane („automatische“) dopaminbasierte Bewegungen zu verlassen, verglichen mit den bewussten (man könnte auch sagen, „wort- oder aufforderungsbasierten“) Bewegungen, welche von Noradrenalin ausgelöst werden und auf welche sie jahrzehntelang zurückgegriffen hatten - seit ihre elektrischen Unterhautreize angefangen hatten, im Pausenmodus zu fließen.

Als Beispiel darf ich eine genesene Patientin anführen, die im Alter von sieben Jahren von einer Mitschülerin gefragt worden war, wieso sie so schnell laufen könne. Sie hatte geantwortet: *„Ich sage meinen Armen, dass sie so schnell wie möglich nach hinten und vorne schwingen sollen. Meinen Beinen bleibt dann gar nichts mehr anders übrig, als Schritt zu halten.“*

Etwa vierzig Jahre später, als sie von Parkinson geheilt war, erzählte mir diese normalerweise stoische Frau, wie sie in Tränen ausgebrochen war, als ihr Körper zum ersten Mal auf dopaminbasierte Bewegungen zurückgegriffen hatte, um sich vom Sofa zu erheben. Ihr Tremor hatte bereits einige Tage zuvor aufgehört. Sie war auf dem Sofa gesessen, als ihr der Gedanke kam: „*Ich sollte in die Küche gehen*“, und als Nächstes sei sie aufgestanden und in die Küche gegangen, ohne sich hierzu geistig erst den Befehl geben zu müssen.

Unglaublich erleichtert und schluchzend habe sie im leeren Wohnzimmer ausgerufen: „*Ist es für alle anderen wirklich so leicht!!!*“

Die erstaunten Reaktionen auf die Benutzung von Dopamin nach dem Abschalten der Pause legen den Schluss *sehr* nahe, dass die meisten meiner Patienten mit Parkinson der Variante I seit langem irgendein alternatives, nicht auf Dopamin basierendes Neurotransmittersystem benutzt haben. Patienten, welche Morbus Parkinson der Variante II und III haben, sind in der Regel nicht so sehr überrascht von den Gefühlen, welche bei ihnen auftauchen, wenn sie für ihre motorischen Funktionen Dopamin benutzen.

Die vier Varianten der Parkinsonkrankheit werden im nächsten Kapitel behandelt. Zunächst noch ein paar weitere Hintergründe und einige Fachausdrücke.

In den ersten Jahren meiner Forschungstätigkeit ging ich irrtümlicherweise davon aus, dass der anstelle von Dopamin von den Personen benutzte Neurotransmitter Adrenalin sei. Diese Annahme basierte auf der schulmedizinischen Hypothese, dass es nur zwei neurologische Modi gäbe.

Nachdem die Pause abgeschaltet war, mussten einige meiner Patienten während der Genesungsphase erst wieder neu lernen, ihre Nebennieren zu aktivieren. Der Adrenalin Schub fühlte sich fremdartig („unheimlich“, „gruselig“) an. Dasselbe galt für Dopamin.

Ausgehend von Forschungsergebnissen, zum Beispiel mit Mäusen*, mutmaßte ich, dass meine Patienten während all der Jahre, in denen sie in der Pause verharret waren, für die aufforderungsgesteuerten motorischen Funktionen das Noradrenalinsystem des Gehirns benutzt hatten.

Basierend auf den Aussagen meiner Parkinsonpatienten ermöglicht es Noradrenalin (sofern das der Stoff war, den sie benutzten) jemandem nicht nur, sich zu bewegen, sondern dies sogar mit ungewöhnlich verbesserten motorischen Funktionen zu tun. Viele meiner Parkinsonpatienten waren vorher Spitzensportler, hervorragende Piloten oder Industrielle gewesen - allesamt Berufsfelder, welche außergewöhnliches Durchhaltevermögen, Ausdauer, Intelligenz und andere herausragende Fähigkeiten verlangten, d.h. Notverhalten. Wenngleich dies nicht auf *alle* meine Patienten zutrifft, gilt es sicherlich für die große Mehrheit.

Wenn jemand, der in den Jahren vor Ausbruch der Parkinsonkrankheit in der Pause feststeckt, konstant ein Notverhalten oder einen Handlungsdruck aufrechterhalten kann, hat es den Anschein, als ob diese Person ziemlich normale oder gar höhere motorische Funktionen habe, obwohl sie in der Pause verharret. Diese Art der motorischen Funktionen wird jedoch durch einen mentalen Aufforderungsprozess ausgelöst. Dieser Prozess unterscheidet sich maßgeblich von „automatischen“, unbefangenen dopamingesteuerten Bewegungen.

* „Der Verlust von Noradrenalin führt zu größeren motorischen Defiziten als eine Behandlung mit MPTP bei Mäusen“. K.S. Rommelfanger, G.L. Edwards, K.G. Freeman et al.

Bei dieser Studie wurden die Dopaminrezeptoren in den Gehirnen von Mäusen durch MPTP, ein synthetisches Opioid, inhibiert. Statt das erwartete Parkinson-typische Verhalten aufzuweisen, schienen die Mäuse nach wie vor normale motorische Funktionen zu haben. Die Mäuse zeigten „Bewegungsarmut“ (Langsamkeit und Versteifung) erst nachdem die Noradrenalinrezeptoren chemisch gehemmt worden waren.

Hinweis: Noradrenalin und Adrenalin sind chemisch verwandt. Im Blutkreislauf wird Noradrenalin, ein Neurotransmitter, kontinuierlich von gewissen Nerven niedrigdosig freigegeben, um u.a. den Blutdruck aufrechtzuerhalten. Adrenalin ist die Chemikalie, welche für den Kampf- oder Fluchtmodus steht.

Die meisten gesunden Menschen benutzen ständig eine Kombination aus zwei Arten von Bewegung: Steuerung durch Dopamin sowie Steuerung durch Adrenalin/Noradrenalin. Der jeweilige Anteil hängt davon ab, wie entspannt dieser Mensch gerade ist beziehungsweise wie unwohl er sich fühlt.

Anhand der mir vorliegenden Krankengeschichten lautet meine Hypothese, dass die Fähigkeit, die Notüberbrückung der Pause durch Noradrenalin mental zu aktivieren, in dem Maße nachlässt, in dem das geistige Trugbild der ständigen Alarmbereitschaft mit der Zeit aufgegeben wird. Das ist dann der Zeitpunkt, zu dem die lange verborgen gebliebenen, pausenähnlichen Symptome, welche wir Morbus Parkinson nennen, an die Oberfläche treten.

Zu dieser Hypothese passt auch, dass sich Parkinson-Kranke - sogar beinahe Bewegungsunfähige mit fortgeschrittenem Morbus Parkinson - in einer wirklichen Notsituation einwandfrei bewegen können. Wenn im Haus ein Brand ausbricht, fängt sofort eine starke Noradrenalinüberbrückung zu wirken an: die motorischen Notfunktionen bleiben so lange intakt, bis die Notsituation vorüber ist. (Ausnahme: Personen mit Gehirnschädigungen infolge der Einnahme von Parkinsonmedikamenten können sich in einer Notsituation eventuell *nicht* bewegen).

Dopamin ist im Gehirn von Parkinsonpatienten in ausreichenden Dosierungen vorhanden, bis der Morbus Parkinson beträchtlich fortgeschritten ist. Sogar Personen, die sich im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden, weisen in der anterioren cingulären Cortex des Gehirns (dem auch für die Risikobeurteilung herangezogenen Bereich) überdurchschnittliche hohe Dopaminspiegel auf. Während der Pause und während der Morbus Parkinson wird die Benutzung von Dopamin für *motorische* Funktionen blockiert. Die Benutzung von Dopamin zum Zwecke der Risikobeurteilung wird während der Pause und während der Morbus Parkinson *erhöht*.

Klärung des Begriffs „Schock“

Manche Personen bezeichnen ein Nahtoderlebnis als „Schock“. In diesem Wort wird das Wort „Schock“ sehr sparsam verwendet, weil es zu viele unscharfe Bedeutungen hat. Soweit dieser Begriff im Zusammenhang mit dem Pausenmodus verwendet wird, bezieht er sich nicht auf einen Überraschungseffekt, auf Angst oder die Art von „Schock“, welche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung verbunden wird. Eine solche Störung tritt ein, wenn sich der Betroffene im *sympathetischen* Modus (= Kampf- oder Flucht-Modus) befindet.

Normale Abfolge beim Abschalten des Nahtodmodus

1. Sobald sich der Körper eines ansonsten gesunden Menschen nach einem Nahtodtrauma physisch wieder stabilisiert hat und die Wahrscheinlichkeit des Todes nicht mehr unmittelbar (d.h. *innerhalb der nächsten Minuten*) bevorsteht, leitet der Körper Schritte zur Abschaltung der Pause ein. Sobald sich die inneren, physiologischen Funktionen des Körpers stabilisiert haben, könnte der Körper entweder sichtlich oder innerlich zu zittern anfangen.

Eine spezifische Art des Zitterns kann durchaus ein normaler Bestandteil des Herauskommens aus dem Pausenmodus sein. Das in dieser Phase eintretende Zittern scheint als eine Art Rückfrage beim Gehirn zu fungieren: *„Frage ans Gehirn: Bin gerade dabei, wieder ins Leben zurückzukommen. Ist die Luft rein?“* oder *„Ist es sicher genug, um wieder ins Leben zu kommen, und aus der Beinahe-lähmung des Nahtodtraumas herauszukommen?“*

2. Für die Risikobeurteilung bedient sich das Gehirn diverser Meldungen von den Augen, Ohren, Gerüchen und vom Tastsinn, um abzuschätzen, ob der Nahbereich *außerhalb* des Körpers wieder sicher ist oder zumindest sicher genug ist, um aus dem Nahtodmodus herauszukommen.

Sobald sowohl der *Innen-* als auch der unmittelbare *Außenbereich* des Körpers stabil und sicher genug erscheinen, führt der Körper drei physische Bewegungen durch, um diesen Modus abzuschalten und die gewohnte Kombination aus zwei oder mehr normalen Wachzustandsmodi neuzustarten:

der sympathetische (Kampf oder Flucht) und der parasympathetische (neugierige/spielerische) Modus.

Diese Bewegungen beinhalten:

3. Ein tiefes, langsames und hörbares Durchatmen,
4. ein sanftes Wackeln des Kopfes nach links und rechts im obersten Nackenbereich und schließlich
5. ein Schauern entlang der Wirbelsäule.

Insgesamt somit fünf Schritte.

Die beiden letztgenannten Schritte reaktivieren die Vagus- bzw. die Rückenmarksnerven. Dadurch wird das im Wachzustand normale Zusammenspiel von parasympathetischem und sympathetischem Modus für die Schaltungen des Kanals Qi wieder hergestellt, und es werden in der Folge Neurotransmitter, Denkstrukturen sowie das für diese Modi angemessene Zellen- und Organverhalten ausgelöst. Der Körper des Betroffenen nimmt wieder eine somatische Bewusstheit an. „Somatisch“ bezieht sich auf Wahrnehmungen innerhalb des Körpers, einschließlich der Bewusstheit, sich in seinem Körper zu befinden. Die physiologischen Verhaltensweisen des Pausenmodus hören dann auf.

Dieser fünfstufige Ablauf für das Abschalten des Pausenmodus ist keinesfalls ungewöhnlich. Es lässt sich zum Beispiel bei einem aufgeschreckten Hund beobachten. Sie kennen es vielleicht auch aus eigener Erfahrung.

Ein gängiges Beispiel für die Abschaltung der Pause

Falls Sie nach dem Schwimmen in einem eisigen Bergsee zittern oder sich durchschütteln müssen (was das Zusammenspiel zwischen Pause und den sympathetischen Modi auslöst), oder Sie dieselbe Erfahrung nach einem intensiven, die Pause verursachendem Trauma gemacht haben, erinnern Sie sich wahrscheinlich noch an die beschriebene Abfolge, während Ihnen bewusst wurde, dass Sie sich wieder aufwärmten bzw. beruhigten. Ihrem Verstand wurde abrupt klar: *„Ich brauche das Schütteln jetzt gar nicht mehr“* und/oder *„Es ist alles in Ordnung. Alles nochmals gut gegangen!“* oder *„Die Luft ist rein!“*

Auf diesen Gedanken folgt ein tiefes, hörbares Seufzen der Erleichterung, ein leichtes Kopfwackeln und es läuft Ihnen ein Schauer die Wirbelsäule hoch oder hinunter, was sich beinahe so anfühlt, als hätten Sie einen inneren Resetknopf gedrückt. Dieser Ablauf könnte Ihnen wohlvertraut sein ... falls Sie kein Parkinson haben.

Die meisten Menschen, denen gegenüber ich diesen Ablauf beiläufig erwähnt habe, kennen ihn als Reaktion auf das kurzzeitige Zittern oder Schütteln nach einem Trauma, einer Erfrierung oder einer Vollnarkose.

Parkinsonpatienten jedoch hatten keine Ahnung, wovon ich sprach, wenn ich über diese Sequenz für das Herauskommen aus der Pause redete. Viele dieser Kranken waren sogar der Meinung, dass es *unmöglich* sei, dass das Gehirn jemals denken könnte, dass es sicher genug sei, aus der Pause herauszukommen - ein Modus, der von Misstrauen und einer erhöhten Risikoeinschätzung geprägt war. Nicht selten bekam ich zu hören: *„Nur ein Idiot könnte sich sicher fühlen!“*

Aus einer Reihe von Gründen verharren Parkinson-Kranke in den elektrischen Mustern eines neurologischen Modus, der nur abgeschaltet werden konnte, wenn

1. sich die innere biologische Bedrohung durch das Trauma stabilisiert hatte *und*
2. der Betroffene bereit und fähig war, sich wieder sicher (oder zumindest sicher genug, um diesen Modus abzuschalten) zu fühlen.

Meine Parkinsonpatienten hatten entweder

- a) eine nicht ausgeheilte Verletzung (meistens am Fuß oder Kopf), welche einen pausenähnlichen elektrischen Strom verursachte

oder

- b) sich *ingeredet*, dass sie sich von einer noch unausgeheilten Verletzung distanzieren müssten

oder

- c) bleiben nach einem schwerwiegenden Trauma in der Pause stecken und heilen nie so weit, dass sie aus der Pause herauskommen konnten

oder

- d) gaben sich selbst einen Befehl, der eine Pause auslöste (oftmals bereits in der Kindheit und häufig, während sie in einen Spiegel blickten). Ein solcher Befehl konnte zum Beispiel lauten: „*Verspüre keinen Schmerz!*“

Der Körper verfügt *sehrwohl* über einen neurologischen Modus, in dem er gewissen Arten von körperlichen oder seelischen Schmerzen gegenüber empfindungslos ist: der Pausenmodus. Das ist der mit Nahtodtrauma oder Koma einhergehende Modus. Wenn sich ein geistig hochkonzentrierter und bis zur Verbissenheit beharrlicher Mensch selbst den Befehl gibt, keine Schmerzen verspüren zu dürfen, kann ihm sein Gehirn durchaus Folge leisten.

Es kann in den neurologischen Nahtodmodus der relativen Empfindungslosigkeit schalten - und dort bleiben!

Einen auf diese Weise ausgelösten Pausenmodus nenne ich „selbstinduzierte Pause“.

Morbus Parkinson aufgrund einer selbstinduzierten Pause ist mit beinahe fünfundneunzig Prozent mit Abstand die häufigste der vier Krankheitsvarianten. In diesem Buch wird sie „Variante I“ genannt.

Viele Personen, welche von Morbus Parkinson der Variante I betroffen sind, können sich daran erinnern, dass sie sich einen solchen Befehl erteilt haben. Andere, die sich an dergleichen nicht erinnern können, berichten davon, dass sie Empfindungslosigkeit, oder etwas wie „das Aufsuchen einen toten Platzes im Inneren“ oder eines „grauen Ortes“ als ihre Weise angenommen haben, um mit Unannehmlichkeiten oder mit negativen Gefühlen umzugehen.

Die Krankheitsvariante I weist Verhaltensmuster auf, welche bei den übrigen Varianten nicht vorkommen. Selbst wenn sich eine von der Variante I betroffene Person an keine Art der Selbstinstruktion erinnern kann, ist diese Variante ziemlich einfach auszumachen. Wie die vier Varianten diagnostiziert werden können, folgt an späterer Stelle.

Unabhängig davon, ob sich jemand daran erinnern kann, dass er oder sie empfindungslos geworden ist oder sich selbst einen anderweitigen Befehl erteilte, durch den der Pausenmodus ausgelöst wurde, wird der/die Betroffene bei einmal stattgefundenener Installation eines solchen Befehls erst dann in der Lage sein, das Wirken dieses Modus zu beenden, nachdem er/sie einige mit der Pause verbundene geistige Gewohnheiten verändert hat.

Zur Wiederholung: Neben der Selbstaktivierung des Pausenmodus bei Variante I gibt es noch drei weitere, seltener vorkommende Aktivierungsmethoden, welche versehentlich zu einem Verharren in pausenähnlichen elektrischen Mustern führten. Wie bereits erwähnt, gibt es insgesamt vier Möglichkeiten, um weiterhin in elektrischen Mustern des Nahtodmodus zu verharren, und es gibt vier verschiedene Vorgehensweisen, um dieses Verharren wieder abzuschalten.

Hinweis:

An dieser Stelle scheint es angebracht, zweierlei zu klären:

1. Eine durch Drogen oder Giftstoffe ausgelöste Parkinsonerkrankung ist nicht dasselbe wie Morbus Parkinson. Diese beiden Parkinsonismuszustände haben mit der idiopathischen Morbus Parkinson zwar einige Symptome gemeinsam, sind jedoch als völlig getrennte Störungen mit anderen Krankheitsursachen einzuordnen. Falls die Krankheit auf Drogen oder Giftstoffe zurückzuführen ist, sind die Symptome das Ergebnis einer physischen Beschädigung von Gehirnzellen. Die in diesem Buch beschriebenen Behandlungen sind bei drogen- oder toxininduzierten Parkinsonismen *nicht* effektiv. Hierzu mehr in Kapitel 15.

Falls hinsichtlich der Diagnose noch Zweifel bestehen und solange die Symptome noch mild sind, diagnostizieren einige Ärzte den Patienten mit „Parkinsonismus“ statt die alarmierendere, jedoch genauere Bezeichnung „Morbus Parkinson“ zu verwenden. Sie tun dem Patienten damit keinen Gefallen, weil die unrichtige Diagnose dazu führen könnte, dass der Patient eine bessere Behandlung in der Anfangsphase der Krankheit verschleppt. Je eher ein Parkinson-Kranker damit beginnt, an der Abschaltung der Pause zu arbeiten, umso leichter wird dies für ihn. Beim häufigsten Krankheitstyp, Variante I, nehmen die vom unaufhörlichen Rückgriff auf den Pausenmodus ausgelösten Denkstrukturen der Wachsamkeit nur noch weiter zu.

Dies führt seinerseits zur Verstärkung anderer Denkhaltungen, welche eine Aufrechterhaltung des Pausenmodus begünstigen, wodurch ein Abschalten des Pausenmodus immer schwieriger wird. Die Folge ist eine ständige Verschlimmerung der Parkinsonsymptome. Je früher mit der Behandlung begonnen wird, umso einfacher gestaltet sich die Genesung.

In diesem Buch erfahren Sie, wie in einem früheren Stadium bereits eine zutreffendere Diagnose des Morbus Parkinson erstellt werden kann, als dies üblicherweise von der westlichen Schulmedizin gelehrt wird.

Morbus Parkinson wird auch als „idiopathisches Parkinson-Syndrom“ bezeichnet. Gemeint ist immer dasselbe. „Idiopathisch“ bedeutet „ohne bekannte Ursache“ oder „als selbstständiger Krankheitszustand“.

2. Modalitäten der chinesischen Medizin wie Akupunktur, chinesische Kräuter und Moxa (Erwärmung spezieller Punkte am Körper mit brennendem Beifußkraut) finden bei der Behandlung des Morbus Parkinson *keine* Anwendung! Hierzu an späterer Stelle mehr.

Über den Pausenmodus weiß Ihr Akupunkteur wahrscheinlich nichts. In der Ausbildung wird dieses Thema nicht behandelt.

Nachdem ich etwa zehn Jahre lang Parkinsonforschung betrieben hatte, stieß ich in einer Übersetzung eines der ältesten Standardwerke der chinesischen Medizin, dem Huangdi Nei-Jing, auf diesen neurologischen Modus.

Der einzige Grund, warum ich dieses sprachliche Gewirr sofort verstehen konnte, war, dass dieser Text zahlreiche meiner Fragen, welche sich bei mir über die Jahre angesammelt hatten, beantwortete.

Hier ein Beispiel dafür, was ich mit „sprachlichem Gewirr“ meine, gefolgt von meiner Übersetzung in eine moderne Ausdrucksweise:

„Eine Änderung der Farben entspricht den Impulsen der vier Jahreszeiten, welche von den Göttern geschätzt wird, weil sie sich in Harmonie mit dem göttlichen Sein befindet und uns in die Lage versetzt, dem Tode zu entfliehen und uns ans Leben zu heften.“ (Aus Su Wen, Kap. 13-9).

Das Wort „Farben“ ist hier eine sehr grobe - und falsche - Übersetzung der Schriftzeichen *Se Mai* (wörtlich: „Lichtpfade“ oder „von Lichtwellen abgeleitete Energieströme“ oder „Energie aus Lichtwellen“ - Elektrizität) und bezieht sich auf den Kanal Qi. Häufig ist jedoch die unvollständige Übersetzung „Farben“ zu lesen.

Das Wort „Impulse“ könnte hier auch „Rhythmus“ oder „Muster“ bedeuten. Was im obigen Text mit dem Wort „Jahreszeiten“ übersetzt wurde, sind „Phasen“. Falls davor allerdings die Zahl „vier“ steht, sind oftmals die „vier Jahreszeiten“ gemeint. In unserem Fall sind die vier neurologischen Phasen oder Modi gemeint. Der Übersetzer wusste dies offensichtlich nicht.

Zeitgemäß ausgedrückt, würde der obige Passus lauten:

„Veränderungen an den elektrischen Verläufen des Kanals Qi entsprechen den physiologischen Verhaltensweisen der vier Modi. Der erste Modus, der parasympathetische, befindet sich „in Harmonie mit dem göttlichen Sein“ - Freude und Leichtigkeit).

Der zweite Modus, der sympathetische, ermöglicht es uns, dem „Tode zu entfliehen“ (Flucht oder Kampf).

(Der dritte Modus kommt in diesem Satz nicht vor. Er entspräche dem Schlafmodus).

Der vierte Modus ermöglicht es uns, uns „ans Leben zu heften“, während wir über dem Rand des Todes schweben.“

Weder die Englisch noch die Chinesisch sprechenden Akupunkteure, mit denen ich über diesen Text sprach, hatten eine Ahnung davon, dass dieser Passus aus dem Huangdi Nei-Jing, da die Kanaltheorie seit Mitte des neunzehnten Jahrhunderts in den Schulen der chinesischen Medizin nicht mehr gelehrt wird. Heutzutage haben weder Schüler noch Lehrer eine Basis, um solche Texte zu übersetzen. Meistens raten sie nur und tippen völlig falsch.

Der Rest des Kapitels, der auf diesen einleitenden Satz folgt, ergibt aus medizinischer Sicht keinen Sinn, falls der Leser davon ausgeht, dass hier von fallenden Blättern im Herbst die Rede sei.

Wer jedoch aus seiner praktischen Erfahrung weiß, dass der Kanal Qi bei jeder der vier neurologischen Modi anders fließt, erhält erstaunliche Einblicke.

Seit der Kulturrevolution in China wird der Kanal Qi als geschichtlicher Aberglaube betrachtet, wie das auch bei allem anderen der Fall ist, was sich auf das Göttliche bezieht. Den Kanal Qi als medizinische Realität in den Lehrstoff aufzunehmen, ist in China seit über hundert Jahren verboten. Die Lehrer könnten dafür ins Um-erziehungslager geschickt werden. Deshalb ist den meisten heutigen Akupunkteuren darüber auch nichts bekannt. Sie wissen nichts über den Kanal Qi und wie sie ihn ertasten können. Damit fehlt ihnen die Essenz in diesem Bereich der Medizin. Entsprechend bizar fallen einige Übersetzungen alter medizinischer Bücher in eine moderne Sprache aus, sei es in das atheistische Chinesisch oder in westliche Sprachen.

Gerade bei der klassischen chinesischen Literatur muss man im vornehinein bereits wissen, worum es geht, um die verworrene Sprache verstehen zu können. Die alten medizinischen Schriften waren zu keinem Zeitpunkt für die Allgemeinheit gedacht. Es war „Insider-Literatur“, welche nicht selten auf metaphorische Weise mündliche, streng geheimgehaltene Überlieferungen beschrieben.

Statt „Kanal“ wird manchmal der moderne Begriff „Meridian“ verwendet. „Meridiane“ sind „imaginäre Linien“: Linien, die uns bei der Organisierung von Informationen helfen. Die Kanäle sind jedoch nicht imaginär. Die Verwendung des Begriffs „Meridiane“ steht im Einklang mit der modernen chinesischen politischen Position, wonach es in Wirklichkeit keine Kanäle gäbe.

Bei der Behandlung von Morbus Parkinson erübrigen sich nicht nur die Modalitäten der chinesischen Medizin, vielmehr ist jede Art der medizinischen Hilfe unnötig.

Eine Akupunkturbehandlung durch jemanden, der über die Kanaltheorie nicht Bescheid weiß, kann die Verschlimmerung der Parkinsonsymptome sogar beschleunigen. ...