



Anna Heinle und Karlheinz Kugler

Zur Behandlung der Psyche in der Naturheilpraxis

Gerade in der Praxis des Heilpraktikers kommt es immer wieder vor, daß entweder die Psyche eines Patienten überhaupt oder aber mitbehandelt werden muß. In diesen meist recht schwierigen und problematischen Fällen, vermag oft die Zytoplasmatische Therapie, die Behandlung mit Revitorgan®-Präparaten zu erstaunlichen Ergebnissen zu führen. Entscheidend ist dabei die Injektion der Dilutionen bzw. Trockensubstanzen 11 (Großhirnrinde), 23 (Epiphyse) und 98 (Neycalm). Außerdem ist die Durchführung einer „Gegensibilisierung“ nach Prof. Theurer *) ratsam, was unter dem Stichwort „Neuroallergien“ allgemein erhellen mag. Am erfolgversprechendsten ist der Einsatz der Zytoplasmatischen Therapie dann, wenn man sie mit psychotherapeutischen Maßnahmen verbindet.

Wesentliche Fakten der Zytoplasmatischen Therapie

Um die mit Revitorganen erzielbaren Behandlungsergebnisse besser verständlich zu machen, sollen einige wesentliche Fakten der Zytoplasmatischen Therapie kurz dargestellt werden.

Die Revitorgan®-Präparate unterscheiden sich von anderen einschlägigen Organ-Präparaten grundsätzlich durch das Herstellungsverfahren. Durch Säuredampfeinwirkung im Vakuum bei Normaltemperatur wird hier auf besonders schonende Weise, unmittelbar nach der Gewinnung, tiefgefrorenes und pulverisiertes Organmaterial aufgeschlossen. Dabei werden korpuskuläre Zellelemente (Zellkerne, Mitochondrien, Mikrosomen, Zytomembranen) und hoch polymerisierte Zellkomponenten (Nukleinsäuren, Proteine, Polysaccharide) in Fragmente geeigneter Molekülgröße gespalten. Die Spaltung der Zellbestandteile erfolgt bis zu einer Größenordnung, die den informativen Charakter der Zellstrukturen und ihren Tropismus zu analogem Gewebe noch weitgehend wahr, deren artspezifische antigene Eigenschaften jedoch erheblich verringert. Auf diese Weise wird bei der therapeutischen Anwendung der Gefahr einer immunologischen Sensibilisierung begegnet. Neben Fragmenten von Zellorganen und hochpolymeren Stoffen enthalten die Präparate alle niedermolekularen Wirkstoffe der Ausgangszelle.

1. Die Therapie beruht auf nachstehenden Aspekten:

Der Substitution strukturell und funktionell essentieller Zellkomponenten, teils zur unmittelbaren Verwendung (Ersatz von anomalen, defekten Struktur- und Funktionselementen), teils als komplette oder partielle Replikationsmatrizen. Den erkrankten (stoffwechselgeschädigten) Zellen und Geweben wird also einerseits die Möglichkeit gegeben, fehlende Metabolite unmittelbar zu substituieren oder pathologisch veränderte auszutauschen, andererseits durch Replikation zugeführter

normaler Makromoleküle eine Normalisierung der erkrankten Zellfunktion herbeizuführen. Aufgrund der applizierbaren Präparatekonzentrationen kann — gestützt auf neueste Erkenntnisse der Molekularbiologie und des zellulären Stofftransportes gefolgert werden, daß das erkrankte Gewebe durch die Zytoplasmatische Therapie in erster Linie einen Anstoß- bzw. Stimulationseffekt erfährt, der sekundär durch die unmittelbar reparierten Zellanteile zur Normalisierung der Struktur- und Funktionsalterationen führt. Der therapeutische Erfolg wird somit in hohem Maße vom Schädigungsgrad (Reversibilität der Strukturveränderungen) der einzelnen als auch der Gesamtheit der Zellen des erkrankten Organs und auch vom Zustand korrelativer Gewebe und Organe abhängen. Repariert werden kann nur, was noch reparabel ist. Des weiteren ermöglicht der Tropismus bestimmter Zellstrukturen (insbesondere der zytoplasmatischen Membranen) zum analogen Organ geeignete Pharmaka an die organotropen Zellkomponenten zu konjugieren und somit durch gezielten Transport schädliche Nebenwirkungen derartiger Medikamente durch Verminderung der Konzentration zu vermeiden oder zu verringern.

2. Durch Wahl und Konzentration der zu applizierenden Präparate läßt sich entsprechend der Indikation sowohl eine Steigerung, als auch eine Minderung des Funktionszustandes der humoralen und zellulären Abwehrsysteme erreichen. Der Vorteil einer solchen Therapie ist einerseits z. B. bei Virusinfektionen, andererseits bei Autoimmunerkrankungen offenkundig. Darüber hinaus bietet gerade diese Therapie die Möglichkeit einer generellen Umstimmung. Bei individueller Dosierung der Zytoplasmatischen Therapeutika bestehen keine Gegenindikationen.

Beide Aspekte machen das Ziel der Zytoplasmatischen Therapie: Regeneration, Regulation, Revitalisierung und Stimulation, deutlich. Folglich liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Heilung oder Besserung chronischer rezidivierender und degenerativer Erkrankungen, d. h. also auf der Behandlung von Leiden, bei denen konventionelle Therapiemaßnahmen bisher nur geringe Wirkungen zeitigen.

Entsprechend der Natur dieser Krankheiten erstreckt sich die Behandlung in der Regel über einen etwas längeren Zeitraum bzw. über zwei oder mehrere Zeitintervalle. Verständlicherweise spielt gerade bei diesen Erkrankungen der subjektive Faktor des Krankheitsgeschehens im Behandlungsablauf und -ergebnis eine größere Rolle als z. B. bei akuten Erkrankungen.

Psychotherapie/Der systematische Zugang zur Seele

Ein einführender Versuch, Psychotherapie begrifflich zu bestimmen, muß fehlschlagen. Es gibt keine allgemein gültigen Definitionen.

Wir sprechen von Psychotherapie, wenn Änderungen im Handeln eines Menschen aufgrund psychischer Einflüsse erzielt werden.

Was charakterisiert einen Psychotherapeuten?

Alle Psychotherapeuten legen viel Wert auf die Güte der therapeutischen Beziehung, d. h. auf Toleranz, Verständnis, Respekt, Interesse, Anteilnahme, Beständig-

*) Herstellung des Präparates durch das Blutlabor der Firma Vitorgan, 7302 Ostfildern I, Brunnenwiesenstr. 21, an die zu diesem Zweck ca. 8 ml Venenblut in einer Citratvenüle eingesandt werden müssen. Injiziert werden die Verdünnungen 10^{-12} , 10^{-10} , 10^{-8} , 10^{-6} , 10^{-4} , jeweils 0,2 ml, dann 0,4 ml, und zwar am besten nach neuraltherapeutischen Gesichtspunkten paravertebral 2—3 mal in der Woche.

keit, Reife und Takt; zusammengefaßt: Psychotherapeuten handeln wie „gute Eltern“, ein „guter Freund“, „anständige Menschen“. Sie unterscheiden sich von „anständigen Menschen“ jedoch durch die Systematik, die Kontrolle und damit Disziplin ihrer Ausbildung und ihres Vorgehens. Dies hat einen Sinn: Früher waren Tante Minna oder Onkel Franz die „anständigen Menschen“, an die man sich in der Hilflosigkeit gewandt hat. Sie waren jedoch bekannt und standen unter unmittelbarer Kontrolle der Familie. Dies oder jenes konnte als Marotte abgetan werden, da lächelte die ganze Verwandtschaft darüber; aber insgesamt konnte ihnen unbedingt vertraut werden.

Diese unmittelbare Kontrolle ist wegen der Professionalisierung und der damit verknüpften Anonymität der helfenden Personen nicht mehr möglich. Als Patient hat man zwei Möglichkeiten der Kontrolle: entweder man fragt überall herum, ob dieser oder jener ein guter Psychotherapeut sei, oder man überprüft, welcher Schule er entstammt und ob man mit den Grundlagen dieser Schule übereinstimmen kann. Damit dient die Lehre die der Therapeut vertritt, nicht nur dazu, den Patienten auf bestimmte Änderungen festzulegen, sondern es ergibt sich tatsächlich für den Patienten die Möglichkeit einer Überprüfung.

Wenn gesagt wird, daß Patienten bereit und in der Lage sein müssen, aus den Erlebnissen der Psychotherapie zu lernen, so ist das im Durchschnitt richtig. An den Grenzen verwischt die Aussage eher als sie hilft:

Einem Verurteilten sagt man, daß er zur Psychotherapie bereit sein muß, daß er nicht dazu verurteilt werden darf. Bei einem depressiven, manischen oder schizophrenen Patienten: was heißt da „bereit und in der Lage?“ Umgekehrt gilt: daß auch der Psychotherapeut bereit und in der Lage sein muß, mit dem Patienten eine tragfähige Beziehung einzugehen. Es ist gesichert, daß Patienten mit hohen Angst- und Depressionswerten zu Beginn einer Psychotherapie mit großer Wahrscheinlichkeit etwas von der Psychotherapie profitieren. Starke gefühlsmäßige Erschütterungen des Patienten sind für eine Psychotherapie prognostisch günstig.

Möglichkeiten und Grenzen der Techniken

Es gilt, die Grenzen wahrzunehmen, und zwar die **der Methode und die eigenen**. Dabei ist Einsicht in das technisch Machbare verlangt, aber auch in das, was **ich** zu machen mir zutraue. Mit der Entwicklung von psychotherapeutischen Techniken ist der Gedanke des Machbaren in der Psychiatrie stärker geworden. Neben die medikamentöse Kontrolle hat sich die psychotherapeutische Kontrolle gestellt. Dabei gehört es zur Vollständigkeit der Wahrnehmung einerseits, auch dort noch Machbares anzunehmen, wo es von anderen (als Schulmeinung) ausgeschlossen wird. Wenn es also heißt, daß man sich in eine Schizophrenie nicht einfühlen kann, so sollte dies nicht absolut Grenze sein, vielmehr auch Herausforderung. Zur Wahrnehmung einer Grenze gehört es andererseits aber auch, dort, wo ich scheitere, mich überfordert fühle, nicht fahrlässig herumzupfuschen, sondern den Patienten an jemanden zu verweisen, der sich selbst traut, oder mich in das Nicht-Machbare zu fügen. Wenn ich psychotherapeutisch tätig bin, muß ich von der Wirksamkeit der Psychotherapie überzeugt sein und darf auf der anderen Seite jedoch nicht übersehen, daß der Patient gleichzeitig zahlreichen anderen Einflüssen unterliegt. Sicher kann zu einer Zeit die Psychotherapie die größte Rolle im Leben eines Menschen spielen. Gleichzeitig kann jedoch ein Liebeserlebnis oder ein Trauerfall, ein Arbeitsplatzwechsel oder ein Umzug, auch das Finden einer Ge-

meinschaft, in der er sich wohlfühlt, sei es eine religiöse oder eine sportliche, eine so große Bedeutung für das Leben eines Patienten erlangen, daß die Psychotherapie zur Bedeutungslosigkeit abfällt. Das ist nicht weiter schlimm, häufig aber für das Selbstgefühl von Psychotherapeuten kränkend.

Der Patient und ich handeln auch nicht isoliert, sondern wir sind beide von den zeitlichen und örtlichen Lebensbedingungen abhängig; z. B. jemandem, der arbeitslos ist und darunter leidet, kann ich nur nicht psychotherapieren gegen sein Leiden, sondern ich muß ihm helfen, einen Arbeitsplatz zu finden. Also: Menschen nicht nur als „psychotherapierbare Wesen“ betrachten, sondern auch noch andere Bezugspunkte beachten. Die Einheit von Körper und Seele gehört zur vollständigen Wahrnehmung. Zwar will ich die Seele beeinflussen, jedoch zeigt sich das Gefühl von Besserung beim Patienten immer auch darin, daß er entspannter sein kann, sein Herz ruhiger schlägt, sein Magen nicht nervös reagiert, daß er nicht immer zittern muß, seine Kopfschmerzen sich verringern. Psychotherapie muß auf die körperlich-seelische Einheit wirken, Besserung wird nicht nur seelisch, sondern auch durch den Körper erfahrbar.

Der Lüscher-Test

Der psychisch bzw. psychomatisch erkrankte Mensch bedarf der Führung. Es empfiehlt sich, vor der Therapie des Lüscher-Tests (für den es in der GebÜH eine besondere Leistungsziffer gibt) durchzuführen. Die Ergebnisse sollten mit dem Patienten besprochen werden. Der Test bringt eine Menge von Hinweisen darauf, wie man den Patienten einzuordnen und „anzufassen“ hat.

Der Lüscher-Test arbeitet mit Farbtafeln und zieht seine Schlüsse aus der Bevorzugung und Ablehnung bestimmter Farben sowie bestimmter Farbkombinationen. So ist zum Beispiel dunkelblau die Farbe der Ruhe und der Passivität. Hellgelb ist die Farbe der Aktivität und Entfaltung. Rot repräsentiert die Aktionen Angriff und Eroberung. Grün repräsentiert Selbstbehauptung.

Die starke Bevorzugung einer Farbe bekommt das Zeichen: +, die Sympathie zu einer Farbe das Zeichen: x; Indifferenz gegenüber einer Farbe bekommt das Zeichen: = und die Ablehnung einer Farbe das Zeichen: - Daraus ergibt sich folgendes Schema:

+ + x x = = - -

Wählt der Patient unter den ihm vorgelegten Farben, für deren Reihenfolge er sich entscheiden muß, zum Beispiel folgende Reihenfolge aus: 7 schwarz, 1 blau, 0 grau, 5 violett, 6 braun, 2 grün, 3 rot und 4 gelb, so ergibt sich folgendes Ergebnisbild:

+ 7 + 1 x 0 x 5 = 6 = 2 - 3 - 4

Die Ergebnisse können nach dem Textbuch interpretiert werden. Man benütze den klinischen Test (Test Verlag Basel); es gibt auch noch einen zu empfehlenden verkürzten Test in Buchform, erschienen bei Rowohlt.

Während der Injektionen der Revitorgane und der Gensensibilisierung empfiehlt sich sehr die Durchführung einer Gesprächstherapie, sowie Entspannungsübungen.

Klientenzentrierte Gesprächstherapie (=GT)

1942 wurde die Gesprächstherapie von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers begründet. Seither ist in zahlreichen Untersuchungen der Nachweis ihrer Wirksamkeit erbracht worden. Rogers hat in seiner ersten Veröffentlichung nicht nur beschrieben, wie er sich die psychotherapeutischen Gespräche vorstellte, sondern auch deutlich gemacht, was GT nicht sein sollte: interpretative Psychotherapie und Beratung. Für die GT

gilt, daß die in ihrem Namen Handelnden einem Prozess unterliegen, d. h. daß trotz zahlreicher Verführungsversuche und trotz heftiger Kritik weder für die einzelne therapeutische Begegnung noch für Handlungsanweisungen ein geschlossenes System, eine gefügte Theorie formuliert, bzw. den Handelnden übergestülpt werden darf. Kontrolle bezieht sich auf den **Rahmen der Handlung**: Die Vorstellung des Prozesses, des Werdens und Wachsens, des Geschehens und damit eines **offenen** Systems, ist grundlegende Voraussetzung für die GT.

Die zentrale Frage, die von Rogers bearbeitet wurde, ist auch heute noch nach der Aufgabe des Psychotherapeuten. Die erste Entwicklungsphase betonte die größtmögliche Objektivität und Zurückhaltung des Psychotherapeuten. Dies zur Abgrenzung gegen die Position des Ratgebers, der aufgrund seiner Erfahrung, d. h. subjektiv tätig ist. Die Autonomie des Klienten bedarf von vornherein einen höheren Wert. Untersuchungen bei dem Führung der GT zusagten, daß der Gesprächspsychotherapeut nur ein Drittel der im Verlauf einer Sitzung gesprochene Wörter sprach, während in einem Beratungsgespräch der Ratsuchende wenig zu Wort kam. In der weiteren Entwicklung der GT wurde von der strengen Forderung nach Objektivität und Zurückhaltung zugunsten größeren Engagements abgewichen. Die Erkenntnis, daß eine für den Psychotherapeuten zu stark strukturierte Situation nicht gleichzeitig den Patienten befreien könnte, führte in die zweite Entwicklungsphase der GT.

Während die erste Phase vorwiegend unter dem Kennwort „nicht-direktiv“ stand, steht die nachfolgende Phase vor allem unter dem Kennwort „klientenzentriert“. Diese Phase dauert an. Der Begriff „klientenzentriert“ beschreibt viel akurater, daß der Inhalt psychotherapeutischer Gespräche die **unmittelbare Erfahrungswelt** des Klienten sein muß. Es ist hervorzuheben, daß klientenzentriert hier nicht als Wertbegriff gebracht wird (schließlich ist ja alle Therapie patientenzentriert), sondern daß sich in dieser Methode das Bemühen auf die Veränderung des inneren Bezugsrahmens des Klienten richtet.

Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, soweit wie möglich den inneren Bezugsrahmen des Klienten wahrzunehmen und anzunehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten so zu sehen, wie er selbst sich sieht, alle Wahrnehmungen, die unter dem Gesichtspunkt eines äußeren Bezugsrahmens gemacht werden, zur Seite zu stellen und darüber hinaus dem Klienten etwas von diesem einführenden Verständnis mitzuteilen. Um die stärkere Betonung der Selbständigkeit des Menschen zu beschreiben, wurde der Name „Klient“ von Rogers dem Namen „Patient“ entgegengesetzt. Die stärkere Hervorhebung des klientenzentrierten Vorgehens brachte während der zweiten Phase die Formulierung einer Persönlichkeitstheorie mit sich. Diese Theorie sollte es ermöglichen, die Persönlichkeitsveränderung, die im Laufe der Psychotherapie geschieht, zu verstehen. Die klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie befaßt sich damit, wie sich das Selbst entwickelt. Der Theorie zufolge entwickelt das Individuum aufgrund seiner Erfahrungen ein relativ stabiles Gerippe von selbstbetreffenden Einstellungen. Diese Struktur wird Selbstkonzept genannt. Selbstkonzept ist nicht gleich mit Selbstbeschreibung, sondern auch Antriebskraft und Gestaltungskraft für das Handeln eines Individuums. Jemand, der sich selbst erfahren und akzeptieren und der seine Erfahrungen und Selbsterfahrungen seinem Selbstkonzept zuordnen kann, ist als gesunde Person zu bezeichnen. Gestört ist jemand, der sein

Selbstkonzept durch Auswahl bestimmter Erfahrungen und durch Verleugnung anderer erhalten hat. Diese Person hat im Verlauf ihrer Entwicklung gelernt, daß bestimmte Wahrnehmungen und Erfahrungen „gefährlich“ für das Handeln sein können. Sie erhalten keinen Platz im Selbstkonzept, sondern werden geleugnet, dadurch entsteht der sogenannte Konflikt: der Kampf, die Person intakt, handlungsfähig zu erhalten, dafür aber einen Teil seiner selbst durch Verleugnung aufzugeben. Eine Konsequenz einer solchen Entwicklung wäre Spannung und Angst; eine zweite Konsequenz in gleicher Weise beeinträchtigend: die Person lernt, sich selbst und den eigenen Erfahrungen als Maßstab für Handlungen zu mißtrauen. Die Alternative besteht darin, sich abhängig zu machen, d. h. in der Umwelt Hinweise zu finden, die als sicher bewertet werden.

Daraus ergibt sich für das Handeln des Psychotherapeuten: Er hat zunächst dem Klienten zu helfen, die integrativen Fähigkeiten, die durch die Entwicklung gestört sind, zu entfalten. Er muß eine Atmosphäre herstellen, in der der Klient seine geleugneten Gefühle sehen und ertragen lernen kann (**Wahrnehmen**). Unter der Voraussetzung einer solchermaßen sicheren Atmosphäre kann der Klient Seiten an sich entdecken und erfahren, die vorher schmerzhaft für das Selbstkonzept waren. Der Klient lernt, sich selbst zu entdecken. Dieser Vorgang des Sichselbstentdeckens wird mit dem Begriff **Selbstexploration** gemeint. Dabei ist ein hohes Maß von Selbstentdeckung dann möglich, wenn der Klient überwiegend von seinen Gefühlen berichtet, wobei ein Ansatz zu bemerken sein muß, daß er bemüht ist, seine Gefühle tiefer zu klären, sie etwa in Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen und ähnliches. Der Psychotherapeut kann dadurch helfen, daß er diese vorsichtig geäußerten Gefühle versteht, wobei dieses Verständnis in der phänomenalen Welt des Klienten wurzelt.

Selbstexploration des Klienten

1. Der Klient spricht **nicht nur über sich selbst**. Er spricht ausschließlich über Vorgänge, die unabhängig von seiner Person sind.
2. Der Klient spricht nicht über sich selbst, aber über Personen und Dinge, die zu ihm in einer **Beziehung** stehen.
3. Der Klient berichtet über äußere Vorgänge und über **sein eigenes Verhalten**, spricht jedoch nicht über seine Gefühle.
4. Der Klient spricht über äußere Vorgänge und über eigenes Verhalten, jedoch nicht über Gefühle. Man kann jedoch **annehmen**, daß das berichtete für ihn mit **Gefühlen** verbunden oder wichtig ist.
5. Der Klient spricht **überwiegend** über äußere Vorgänge oder über eigenes Verhalten, erwähnt **kurz** seine **Gefühle**.
6. Der Klient berichtet über sein eigenes Verhalten oder über äußere Vorgänge und über die Gefühle, die dazu in Beziehung stehen. Die Aussage besteht **überwiegend** aus der Schilderung der **Gefühle**.
7. **Überwiegende Schilderung der Gefühle. Zusätzlich ist ein Ansatz zu bemerken, seine Gefühle weiter zu klären**, sie in neuem Zusammenhang zu sehen, sich zu fragen woher gewisse Einstellung kommen usw.
8. Ausführliche Schilderung der Gefühle mit deutlichem **Suchen nach neuen Aspekten** und Zusammenhängen.
9. Ausführliche Schilderung der Gefühle. Es ist deutlich, daß der Klient neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem Erleben **findet**.

Drei grundlegende Bedingungen des Psychotherapeuten-Handelns sind:

- a) einführendes Verständnis
- b) positive Wertschätzung und emotionale Wärme des Psychotherapeuten für den Klienten und
- c) Echtheit und Konkurrenz des Psychotherapeuten.

Die Bedingungen einführendes Verständnis und positive Wertschätzung sind innerhalb des GT-Konzeptes, historisch gesehen, die Vertrauteren. Das Konzept der Echtheit bzw. Konkurrenz des Psychotherapeuten ist das Umstrittenste.

Bewertung: In der GT findet eine Systematisierung dessen statt, was eingangs als psychotherapeutische Grundhaltung, die allen Psychotherapien eigen ist, beschrieben wurde. Kennzeichnend für die GT ist zudem das konzentrierte Wahrnehmen der Gefühle als subjektive Wahrheit eines Menschen und deren Klärung, was ihm helfen kann herauszufinden, was die Welt für ihn subjektiv bedeuten kann und soll.

Klientenzentrierte Psychotherapeuten sind oft kritisch gefragt worden, wie sie vom **Wahrnehmen** zum **Wahrmachen** von Änderung kommen, wo doch das therapeutische Geschehen auf das Gespräch ausgerichtet ist. Dem ist zum einen zu antworten, daß in jedem Wahrnehmen ein Handlungsansatz bereits enthalten ist, denn sonst ist nicht **wahrgenommen** worden; zum anderen ist der Rahmen des psychotherapeutischen Geschehens so gesteckt, daß hohe Selbstexploration nicht nur das Nachdenken über neue Möglichkeiten, sondern auch die Beschreibung von erlebten Gefühlen beim Ausprobieren neuer Handlungen umfaßt, daß ferner ein hohes Maß an Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte auch den Aspekt des neuentdeckten Handelns umfaßt.

Von daher haben Psychotherapeuten und Klienten die Möglichkeit, innerhalb des Bezugsrahmens der GT vom Wahrnehmen zum Wahrmachen zu gelangen.

Entspannungsübungen

Eine wertvolle Unterstützung und Ergänzung der Therapie können Entspannungsübungen sein.

Das Psycho-Institut Rosenheim hat für therapeutische Zwecke eine Tonbandkassette entwickelt, die von jedem Heilpraktiker in seiner Praxis problemlos eingesetzt werden kann. Man spielt die Kassette dem ruhig und entspannt mit geschlossenen Augen daliegenden oder darsitzenden Patienten einfach vor. Die Vorderseite der Kassette enthält ein volles, die Kassettenrückseite ein verkürztes Entspannungsprogramm.

Die Kassette hat eine sedierende Wirkung und ist besonders zu empfehlen bei allen Überforderungssyndromen wie Streß, Nervosität, vegetative Dystonie, Ein- und Durchschlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Depressionen.

Die Kassette kann zum Preis von DM 45,- bezogen werden. Vertriebsanschrift: Anna Heinle, Heilpraktikerin, Raiffeisenstr. 1, 8222 Ruhpolding.

Kasuistik

1. Fall

Die 33-jährige Rosemarie T. klagte über starke Stimmungsschwankungen in unserer Praxis. Im Zusammenhang mit der Menstruation immer schlimmer. Während der Periode krampfartige Schmerzen. Familiäre Belastungen.

Unsere Therapie: Revitorgan Dilutionen 78 und 17, sowie 96 und 23. Gegensensibilisierung. Revitorgan Trockensubstanzen 11, 17 und 65. Revitorgan lingual 61, 64 und 69. Begleitend Gesprächstherapie. Der Patient geht es heute hervorragend, auftretende Probleme werden von ihr gut bewältigt.

Fall 2

Die 41-jährige Rosemarie K. litt unter großer Nervosität mit innerer Unruhe und Schlafstörungen. Von der Patientin wurde berichtet, sie sehe in der Arbeit oft einen Berg vor sich, und zwar auch bei den gleichen Arbeiten, die sie früher leicht bewältigt habe. Starker Haarausfall. Therapie: Revitorgan-Dilutionen 69 N + 23, 61 + 30 (0-I). Gegensensibilisierung. Revitorgan-Trockensubstanzen 11, 46 und 61. Revitorgan-lingual 61 und 65. Gesprächstherapie.

Die Patientin ist heute psychisch gefestigt, der Haarausfall ist gestoppt.

Fall 3

Die 48-jährige Hertha B. litt seit 1972 unter starken Depressionen, Nervosität und Angstzuständen. Schlafstörungen, sie wacht um 3 Uhr früh auf und kann nicht mehr einschlafen. Sie bezeichnet ihren Zustand als „nervöse Erschöpfungen“. Hat Angst, alleine einkaufen zu gehen. Sie fühlt sich einsam und versucht diesem Gefühl durch ständigen Ortswechsel zu entfliehen. Vom Schulmediziner erhält sie starke Psychopharmaka.

Unsere Therapie: Dilutionen 69 + 23, 11 + 67, 61. Gegensensibilisierung. Revitorgan-Trockensubstanzen 11 und 96. Revitorganlingual 69 und 96. Gesprächstherapie.

Das gesamte Beschwerdebild der Patientin hat sich gebessert. Sie ist psychisch aufgeheitelt.

Fall 4

Bei dem 39-jährigen Franz H. stellte sich folgendes Bild dar:

Das zentrale Problem sind Angstzustände, die ihn stark verunsichern. Steht er vor Situationen, die ihn aufregen, oder die er fürchtet, nicht zu meistern, wird es ihm schwindlig, gerät er ins Schwitzen, wird es ihm schlecht vom Magen her. Oft hat er auch einen Schleier vor dem rechten Auge. Er fühlt sich, wie er es ausdrückt, „letschert“ und glaubt, nach 100 m in die Knie gehen zu müssen. Solche Zustände hat er, wenn er auf's Finanzamt muß, auf der Jagd, wenn er Angst hat, sein Ziel zu verfehlen, auf dem Friedhof bei einer Beerdigung. Der Patient ist stark wetterfühliger. Neben den Angstzuständen liegen (seit 1 Jahr) Schmerzen im lumbalen Bereich der WS und gelegentlich im linken Kniegelenk vor.

Therapie: Dilutionen 69N + 23, 61N + 43, Gegensensibilisierung. Revitorgan-Trockensubstanzen 11, 47, 96. Revitorganlingual 61, 65, 96- Gesprächstherapie und Entspannungsübungen.

Der Fall hat sich so prächtig entwickelt, daß er für uns heute quasi ein „Paradebeispiel“ darstellt.

Resummé

Wer die Psyche seiner Patienten in der vorstehenden Art und Weise behandelt, wird immer wieder Erfolge erleben. Und er wird viele seiner Patienten vor dem persönlichkeitsverändernden Schicksal, das ihnen durch die schulmedizinische Behandlung mit einem der sogenannten „Psychohämmer“ droht, bewahren können. Wer sich über den richtigen Einsatz der Revitorgan-Präparate am Anfang nicht schlüssig ist, möge sich an den wissenschaftlichen Beratungsdienst der Firma Vitorgan (7302 Ostfildern-Ruit 1, Postfach 4240) wenden und sich für den konkreten Fall einen schriftlichen kostenlosen Therapievoranschlag einholen.

Anschrift des Verfassers:
HP. Karl-Heinz Kugler und
Anna Heinle
Raiffeisenstr. 1
8222 Ruhpolding