

ZahnÄrztliche Physio-Energetik (ZÄPE)

Fernwirkungen odontogener Herde und ihre Behandlung (Teil 2)

Während in Teil 1 die Grundlagen der ZÄPE mit einem Kernelement – dem odontogenen Challenge - dargestellt wurden, beschäftigt sich Teil 2 mit Fernwirkungen und Konsequenzen daraus.

Fernwirkungen

Nach dem odontogenen CH testet man noch einmal die beim ersten Durchgang pathologisch gefundenen Organe / Meridiane / Zonen; waren diese aus zahnärztlicher Sicht herdbedingt gestört, so dürfen sie bei erneuter Prüfung nicht mehr ansprechen. Tun sie es doch, sind noch andere Faktoren dafür verantwortlich (die man dann suchen muss).

Zur Ermittlung der Zugehörigkeit der Pathologie eines Einzelodontons zu einem Symptom benutzt man die Doppel-CL/TL (Two pointing), bei der wir mit einem Instrument an den betreffenden Zahn fassen und dann den zum Zahn gehörigen Muskel oder den Indikator-muskel untersuchen, der zuvor im „Leertest“ eine normale Stressresistenz aufwies, also normoton testete. Das gleiche Vorgehen erfolgt an der Symptomstelle; durch den anschließenden „Kurzschluss“ zwischen beiden Stellen (Zahn und Symptom) zum Beispiel über ein Kabel erkennt man den eventuellen Zusammenhang.

Besteht dieser, so zeigt der Testmuskel, der einzeln jeweils eine Reaktion (hypo- / hypertone) gab, dann wieder eine normale Stressresistenz, das heißt, er testet wieder normoton (analog dem Gesetz der Mathematik: minus mal minus ergibt plus). Besteht kein Zusammenhang, bleibt die anfänglich hypotone / hypertone Reaktion bestehen. Hat man das Odonton durch die oben genannten Mittel ausgeglichen, muss dann die vorher am Symptom erhobene Muskelreaktion ebenfalls ausbleiben.

In diesem Zusammenhang sei auf die Kopfganglien hingewiesen, die durch Kopferde irritiert werden und die aus dem Kiefergebiet stammenden Toxine quasi als Sammelbecken aufnehmen. Das trifft vor allem für das parasympathische Vagusganglion zu, das als „Mutterganglion“ (L. Williams) fungiert. Von hier können die Toxine auch nach Herdsanierung retrograd wieder die alten Herdstellen reaktivieren. Daher wird mindestens dieses Ganglion im ersten Durchgang wie auch bei der Überprüfung durch TL / CL mitgetestet und mitbehandelt.

Die TL / CL erfolgt durch digitalen Kontakt unterhalb des äußeren Gehörgangs zwischen aufsteigendem Kieferast und Mastoid in Richtung vorne-medial und oben (Energieextensionstechnik) (Abb. 12); für das sympathische Ganglion cervicale sup. erfolgt die TL / CL durch Energieextensionstechnik am M. SCM in Höhe der interspinalen Verbindung von C2 C3 nach medial. An beiden Stellen kann man dann zum Beispiel mit dem B-Mudra für Toxine bzw. Bakterien etc. die Ursachen klären. Gegebenenfalls können auch die anderen Kopfganglien beteiligt sein (Ggl. sphenopalatinum, oticum, submandibulare).

Vergleicht man die mit dem odontogenen CH gefundenen Herde mit den Resultaten anderer bioenergetischer Verfahren (z. B. EAV), so sind sie in Stärke und Häufigkeit ähnlich, wenn nicht sogar gleich.

Der Unterschied liegt in der Bewertung der Wichtigkeit:

Während zum Beispiel EAV das Primat innerhalb des Kopferdgeschehens findet, sind in der PE und ZÄPE die dort gefundenen Herde eher und öfter sekundärer Natur und haben demnach keine Priorität.

Das ist zum Teil über die Fünf Elemente zu verstehen, deren gegenseitige Abhängigkeiten innerhalb der Fünf Wandlungsphasen zum Beispiel die Phänomene des so genannten Sibling-Zahns (Williams), das heißt des adaptierten Zahns erklären. Der Sibling-Zahn ist im Shen-Zyklus, das heißt im Zyklus der gegenseitigen Hervorbringung (Mutter-Kind-Beziehung), im Falle der Pathologie der dem jeweils vorherigen Element zugehörige Zahn, während er im Co-Zyklus, das heißt im Zyklus der gegenseitigen Kontrolle (Sieger-Besiegter-Beziehung), der jeweils zum vorvorigen Element gehörige Zahn ist.

Findet man zum Beispiel einen ursprünglich beherdeten Frontzahn (Wasserelement) im kinesiologischen Test als negativ (-AR / keine MR), so ist der zugehörige Sibling-Zahn im Shen-Zyklus ein Molarenzahn (Metallelement),

im Co-Zyklus ein Prämolarenzahn (Erdelement), und dieser adaptierte Zahn reagiert positiv im Sinne einer Zweipunktbeziehung, während der eigentlich betroffene (hier Frontzahn) zunächst nicht reagiert. Dann macht dieser ursprünglich beherdete Zahn (hier der Frontzahn) erst eine Dreipunktbeziehung zum Sibling-Zahn, hier also zum Molaren oder Prämolaren (Abb. 13).

Aber auch über die Esogetik nach Mandel, aus dessen Untersuchungen hervorgeht, dass die Zahnherde ebenfalls oft sekundärer Natur sind, ist dies zum Beispiel mit den übergeordneten Zentren zu erklären. In den dort bekannten Doppelschienen triggern sich die einzelnen Komponenten gegenseitig, so dass manchmal das ZMK-Gebiet dominant erscheint, aber eigentlich nur Relaisstation im Sinne einer Ausleitungsstation bzw. eines Symptoms ist. Auch die Betrachtung und Einbeziehung der verschiedenen Ebenen kann diesen Unterschied erklären.

Auch nach Beisch stehen ja die Kopferde erst an vierter Stelle. Nach ihm muss man vorher den Patienten auf eine Immunschwäche untersucht haben (Yang-Milz = eigentliche Milz), das darmassoziierte Immunsystem (Dünndarm 1) getestet haben und das Allergiegesehen am Allergiepunkt 1 erfasst haben. Erst wenn an diesen drei Systemen nichts zu finden ist, besteht nach ihm ein primäres Kopferdgeschehen.

Vergessen werden darf allerdings nicht, dass das Finden und Bewerten eines Herdgeschehens auch eine Frage der Affinität des Therapeuten und nach dem Schrödinger-Phänomen zu erklären ist.



Abb. 12: TL des Vagusganglions durch die Energieextensionstechnik zur Ermittlung von Belastungen und Toxinen aus dem ZMK-Gebiet.



Dr. Alexander Rossaint

beschäftigt sich seit 1972 mit der biologischer Medizin und Zahnmedizin und erweiterte sein Wissen durch intensive Fortbildung auf den Kongressen des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren, der Ärzte für Erfahrungsheilkunde, der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herd- und Regulationsforschung sowie auf

Tagungen der Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft der Internationale Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin, des Forschungskreises für Geobiologie, der Deutschen Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin, der Internationalen Gesellschaft für Biologische Medizin, der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll und der Internationalen Gesellschaft für Kirlianfotographie und bioelektrische Diagnose und Therapie. Seit 1974 hält er Kurse und Vorträge über Elektroakupunktur und Ganzheitliche Zahnheilkunde.

Kontakt:

Von Coels Str. 230, D-52080 Aachen
dr@rossaint.de, www.rossaint.de

Chirurgische oder konservative Therapie?

Nach dem odontogenen Challenge und dem Ausgleich der gefundenen Pathologien durch Organpräparate / Nosoden als Diagnostik ergibt sich die Frage der daraus abzuleitenden Therapie, vor allem im Hinblick darauf, ob die

Nur echt primäre, nicht durch übergeordnete bzw. die Kausalnetze berücksichtigende Therapien beeinflussbare Zahnherde auf der chemisch-strukturellen Ebene muss man letztendlich chirurgisch angehen, während man sonst, ohne dies zu berücksichtigen, eventuell nicht wiedergutzumachende iatrogene Schäden setzt, vor allem, wenn man den falschen Zeit-

gefundenen odontogenen Herde / Störfelder konservativ behandelt werden können oder chirurgisch saniert werden müssen. Nach Priorität des Herdgeschehens selbst und der gefundenen Ebenen und der Stärke der Belastung sowie der Einordnung in den Gesamtkomplex Krankheit des betroffenen Individuums ist die Frage sehr differenziert zu betrachten.

Je mehr die Steuer- und Regelfunktionen des Patienten vorbelastet bzw. erschöpft sind – sichtbar unter anderem an der Chronizität des Leidens, der Anzahl der betroffenen Ebenen und den Adaptationen –, desto vorsichtiger und komplexer muss man die Therapie gestalten bzw. vor einer chirurgischen Sanierung die Regulation wieder herstellen.

punkt der Operation wählt. Hat man die Herd-Störfeld-Belastung primär auf der informativ- und psychisch-emotionalen Ebene gefunden, so ist dort natürlich (siehe oben) zu beginnen.

Die Tabelle der Herdstärken (siehe Teil 1) gibt eine wichtige Hilfestellung zur Differenzierung zwischen konservativer und chirurgischer Sanierung. Bei mehr als dreimal Organpräparat GL D5 bzw. Nosoden D3 wird die Wahrscheinlichkeit gering, konservativ auszukommen. Jedoch lohnt sich der Versuch, durch Beachtung übergeordneter Strukturen (zum Beispiel der sieben Steuerungsorgane nach Mandel) und / oder durch Einbeziehung der spezifischen, zum entsprechenden Odonton gehörigen Kausalnetze, die starke Herdwirkung zu reduzieren oder sogar zu neutralisieren.

Dazu haben wir sowohl aus der Esogetik eine Menge an Therapien zur Verfügung, die über die Haut das ZMK-Areal beeinflussen (zum Beispiel Farbakupunktur, Behandlung von Transmitterrelais und / oder übergeordneten Somatotopien u. Ä.), als auch das Medikamentenarsenal der Neuraltherapie (zum Beispiel Procain, Lidocain, der Homöopathie (zum Beispiel Resonanzhomöopathie) und / oder der Sanum-Therapie, deren Ziel es ja ist, im Sinne der Zyklonie Enderleins das Milieu wieder in Richtung Norm zu ändern.

Aus der Sanum-Therapie sind vor allem die Mittel Arthrokolan A bzw. U im Test wirksam, gefolgt von Mucokehl, Pefrakehl, Notakehl und Nigersan, die – wenn jeweils als positiv getestet – zum Beispiel mit Hilfe des Stabidentsystems zwei- bis dreimal so nah wie möglich in den Knochen an die Apices der gefundenen Zähne injiziert werden. Das Gleiche gilt für eine Schwermetallbelastung, zum Beispiel für eine DMPS-Injektion. Nach diesen zwei- bis dreimaligen Injektionen entscheidet der erneut durchgeführte diagnostische odontogene Challenge-Test mittels Nosoden / Organpräparaten, ob die Herdreduzierung / Herdausschaltung gelungen ist.

Ist diese konservative Therapie erfolgreich gewesen, kann man das betreffende Odonton zunächst in Ruhe lassen. Eine operative Zahnentfernung bzw. Herdsanierung eines zahnlosen Knochenareals ist im Übrigen eventuell aber angezeigt, wenn bei der Injektion der oben genannten Mittel zum Beispiel die Kortikalis bereits leicht mit der Nadel durchstoßen werden kann, was auf eine massive Knochenverweichung hinweist.

Immer sollte dem Patienten auch die emotional-psychische Bedeutung seiner Symptomatik im Sinne der Urprinzipien / Archetypen klargemacht werden.

Dies sollte auch dann geschehen, wenn die entsprechenden Ebenen im Test nicht angesprochen haben.

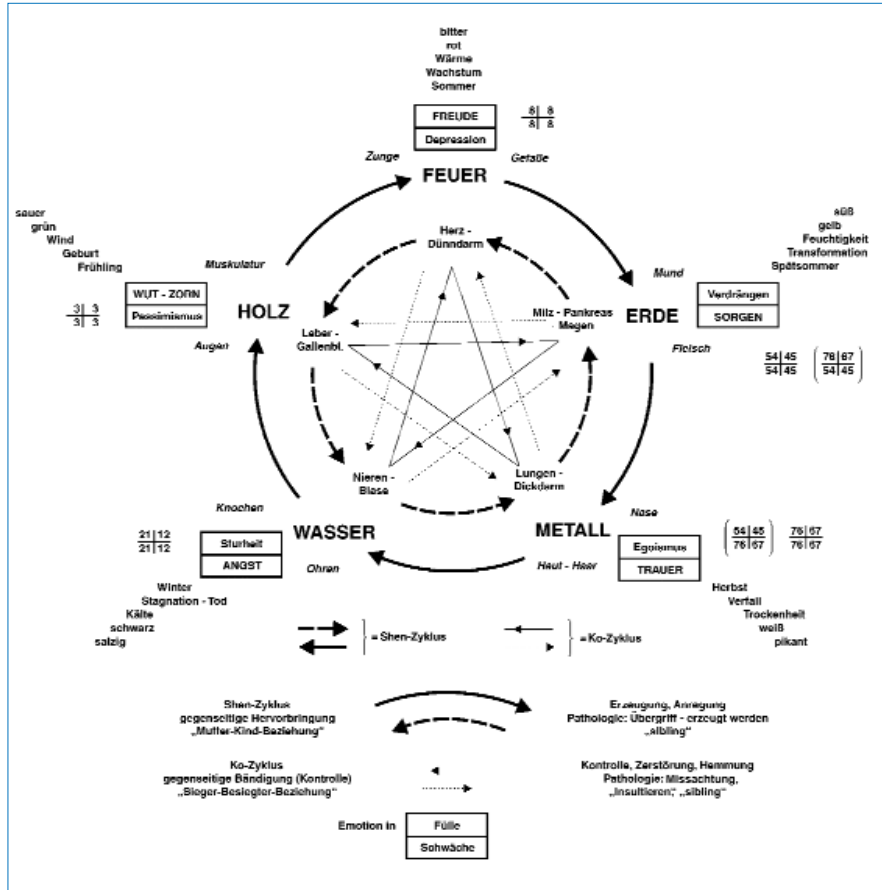


Abb. 13: Schema der Fünf Wandlungsphasen zur Auffindung eines adaptierten Zahnes (Sibling-Zahn).



Fazit

Der odontogene Challenge in der ZÄPE und der medizinischen Kinesiologie ist immer im Zusammenhang mit dem Gesamttest zu sehen und zu interpretieren und darf niemals isoliert betrachtet werden; selbst wenn eine Verbindung zwischen ZMK-Gebiet und Symptom vorhanden ist, muss dies im Zusammenhang mit dem Gesamtkrankheitsbild des Patienten und seinem spirituellen Lernprozess betrachtet werden.

Liegt zum Beispiel eine suprarenale Immundefizienz (Beisch) vor, und die Weisheitszähne sind beherdet (mit Fernwirkung zum Beispiel auf das Herz), dann ist die „Yang-Nierenschwäche“ (suprarenale Immundefizienz) übergeordnet und das achte Zahnfach schon Symptom. Bei der dann eventuell zum falschen Zeitpunkt durchgeführten Achter-OP kann es so eventuell nur zu einer kurzfristigen Besserung der Herzbeschwerden kommen, während in Wirklichkeit eine nicht wiedergutzumachende iatrogene Immunschwäche bewirkt wurde. Innerhalb der Kausalitätsnetze muss man immer die Phänomene der Grundregulation beachten, bei denen „als Herd erscheinende Ausleitungsphänomene“ (Nolte) als solche oft erkannt werden. Schließlich haben wir es mit einem Herdkomplex zu tun, bei dem auch andere dominante Einflüsse auf das Mesenchym beachtet werden müssen.

Vor allem darf neben den funktionellen Aspekten nie der inhaltliche Aspekt vergessen werden, will man den Patienten nicht nur von seinen Herden befreien, sondern vor allem als Körper-Seele-Geist-Wesen behandeln. Dazu dient vor allem die energetische Psychotherapie, wie sie im nächsten Teil beschrieben wird.

Der Beitrag wird in CO'MED fortgesetzt.



Literaturhinweise

Rossaint, Dr. Alexander: ZahnÄrztliche Physio-Energetik (ZÄPE) (Teil 1). CO'MED Fachmagazin 2006; 1:28-32