

Dr. Stangl Willibald
Arzt für Allgemeinmedizin
Wildgasse 7
A-3430 Tulln

Tulln, am 21.8.2006

Betrifft: Germanische Neue Medizin des Dr. Ryke Geerd Hamer

Im Jahre 1992 hatte ich erstmals Kontakt mit jenen Erkenntnissen des Herrn Dr. Hamer, welche er in seinem Buch „Krebs – Krankheit der Seele“ veröffentlichte.

Ich beschäftigte mich intensiv mit dieser Materie und konnte auch auf den CCT-Bildern (craniale Computer Tomogramme) jene von ihm beschriebenen Einschlüge in Schießscheibenform und die weiteren Verlaufsformen finden.

Parallel dazu recherchierte ich bei den Patienten akribisch, um die Ursache herauszufinden, die derartige Einschlüge (so genannte Hamer'sche Herde) hervorgerufen haben könnten.

Immer wieder fand ich heraus, dass es sich um schwerste seelische Konflikte gehandelt hat oder noch handelte, die letztendlich gravierende Veränderungen an den diversen Organen nach sich gezogen hatten (*Entzündungen, Zerstörung, Funktionsausfälle, Tumore bzw. auch psychische Veränderungen*).

Je nach Intelligenz und Bereitschaft der betroffenen Menschen „offen und ohne Scheu“! darüber zu sprechen, ergaben sich Chancen die Krankheit ursächlich anzugehen, um vielleicht eine Heilung zu erreichen, doch darüber später mehr.

Wenn nun diese Zusammenhänge immer wieder von offizieller Seite als **Hirngespinnste und Ver-rücktheiten** des Dr. Hamer abgetan wurden, so war ich äußerst verwundert als am 18. Februar 2004 in der Medical Tribune, Jahrgang 36, Nr. 8 ein Artikel erschien, der von den Ärzten

Hr. Univ. Professor Dr. Friedmann Alexander,
Universitätsklinik Wien für Psychiatrie

Hr. Prim. Dr. Vyssoki David,
medizinischer Leiter des psychosozialen Zentrums ESRA, Wien

Fr. Dr. Dozent Dr. Steinbauer Maria,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Graz

veröffentlicht wurde und der posttraumatische Belastungsstörungen zum Inhalt hatte. Darin wird darauf hingewiesen, dass ein seelisches Trauma als belastendes Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes fast bei jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen könne. Dieser Belastung steht der Betroffene *hilflos* und *unvorbereitet* gegenüber, seine **Anpassungsfähigkeiten werden überflutet** und damit ausgeschaltet. „Ein psychischer Schock erschüttert das psychische Welt- und Selbstbild dieses Menschen. Man könnte von einem **deep impact** sprechen, der nicht nur ein Loch schlägt, sondern auch **seismische Wellen** verursacht. Der ganze Mensch wird zu Katastrophengebiet.

Solch schwere psychische Traumata hinterlassen auch **Spuren im Gehirn**, die mit Hilfe von PET/MRT Untersuchungen **nachgewiesen** werden können!! Im limbischen und paralimbischen System kommt es zu verstärkten neuronalen Vernetzungen, die als **Furchtstrukturen** bezeichnet werden. Prim. Dr. Vyssoki weist darauf hin, dass als Schutzfaktoren im Umfeld das soziale Netz der Großfamilie, stabile private Beziehungen und sicheres Bindungsvermögen gelten, um den Betroffenen aus diesem Dilemma zu helfen.

Kurz **zuvor** erschien im offiziellen Organ der Österreichischen Ärztekammer, nämlich in der Österreichischen Ärztezeitung 1/2 vom 25. Jänner 2004 auf Seite 34 ein hochinteressanter Artikel - Überschrift:

Brain Imaging: Psychische Erkrankungen visualisierbar!!

Mit Hilfe einer funktionellen Magnetresonanztomographie können Forscher erstmals psychische Störungen **auf dem Bildschirm sichtbar machen!** Sie gehen nämlich mit charakteristischen Veränderungen der Gehirnfunktion einher. Veränderungen wurden im Frontalhirn und limbischen System ge-

funden, insbesondere bei schizophrenen Patienten. Die Folgerung: Behandlungen lassen sich damit auf ein stabileres Fundament stellen.

Soweit, so gut.

Ich habe seinerzeit die Medical Tribune angeschrieben und darauf hingewiesen, dass diese in der Fachzeitschrift veröffentlichten Erkenntnisse nicht neu, sondern bereits 20 Jahre zuvor in der Habilitationsschrift des Dr. Hamer an die Universität Tübingen enthalten sind. Bis dato habe ich keine Antwort erhalten.

Wenn man die Diktion des Herrn Professor Dr. Friedmann mit jener des Dr. Hamer vergleicht, so ist sie verblüffend ähnlich, lediglich wird ein anderer Wortlaut verwendet, inhaltlich trifft sie genau das, was Dr. Hamer seinerzeit erkannt und beschrieben hat.

„Ein allerschwerstes Ereignis, das den Menschen unvorbereitet quasi auf dem falschen Fuß erwischt und dem er augenblicklich hilflos gegenübersteht!“

Einschläge sind dann in bestimmten Bereichen des Gehirns nachweisbar. Der eine sagt seismische Wellen, der andere beschreibt schießscheibenförmige Herde, wo liegt da der Unterschied?

Hamer plädiert für eine möglichst komplette Lösung der Konflikte, Prim. Vissoki verweist auf Schutzfaktoren in der Familie und stabile Beziehungen, um mit dem seelischen Trauma fertig zu werden.

Hamer geht noch weiter und beschreibt auch die Veränderungen in den diversen Organen, je nach Zuordnung der Konflikte.

Verlust- und Partnerkonflikte: Eierstöcke, Hoden, weibliche Brust,

Revierkonflikte: Herzerkrankungen mit Infarkten, Angina pectoris Anfälle

Schreckangstkonflikte: Kehlkopferkrankungen

Todesangstkonflikte: Lungenerkrankungen

Sexuelle Konflikte: Gebärmutterkrebs, Prostata

Flüssigkeitskonflikte: Nieren- Hypernephrom

Selbstwerteinbrüche: Knochen- und Bluterkrankungen, etc.

Es können hier nur wenige Hinweise gegeben werden, genauer ist alles in seinen Schriften nachzulesen.

Wenn man sich die Zeit nimmt, die Schädel-CT's mit den Aussagen der Patienten vergleicht, die ihre Konflikte und abgrundtiefen Probleme bzw. Katastrophen in Erinnerung haben so stimmen die Erkenntnisse des Dr. Hamer verblüffend genau.

Wie bereits oben angeführt eröffnen sich bei Konfliktlösung großartige Chancen der Hilfe und möglicherweise auch Heilung. Allerdings muss ich aus meiner praktischen Erfahrung heraus realität zugehen, dass ein Großteil der Patienten nicht oder nicht mehr in der Lage sind ihre Konflikte zu lösen, sie verharren in dem Zustand oder schlittern in das Rezidiv und gehen daran zugrunde.

Prinzipiell wollen die Patienten beispielsweise einen bösartigen Tumor –wo immer er auch aufgetreten ist- selbstverständlich loswerden. Sobald sie operiert sind kommt dann die nächste Behandlung in Form von Strahlen- oder Chemotherapie auf sie zu. Wichtig wäre aber in erster Linie herauszufinden warum die Krankheit aufgetreten ist, um wirksam in der Zukunft gegenzusteuern.

Hier liegt der große Verdienst des Dr. Hamer, der Ursachen aufzeigen konnte. Lösen kann die Konflikte aber nur der Patient, sofern er ausreichend informiert ist und auch Hilfe von außen hat. (s.o. auch Dr. Vissoki)

Dazu wird aber meist nicht die Zeit gelassen, knallhart wird „vorbeugend bestrahlt oder harte Chemie eingesetzt“ und hilft letztendlich nicht, die Patienten sterben, weil einfach die seelische Situation unberücksichtigt geblieben ist.

Diesbezüglich hat ein erfahrener deutscher Onkologe diese Art der Nachsorge mit Chemotherapie heftigst kritisiert und die Erfolge schlicht in Abrede gestellt. Kein Patient lebt mit Chemotherapie länger, lediglich seine Lebensqualität sei in dieser verbleibenden Zeit unsäglich beeinträchtigt.

So die Aussage eines anerkannten Schulmediziners!

Meine Erfahrung in der täglichen Praxis – (auch in der eigenen Verwandtschaft) – zeigt immer wieder, dass es u.U. auch ohne diese belastenden „Nachsorge-Aktionen“ geht, wenn der Patient abgesichert in seiner Umgebung leben kann. (s. auch Dr. Hamer –Konfliktlösung!)

Meine Meinung ist die, dass Dr. Hamer ein Tor geöffnet hat, welches tiefen Einblick in den Ablauf von Krankheiten zulässt. Natürlich ist nichts endgültig und vollständig, es kommen immer neue Erkenntnisse dazu.

Wenn nun hochhoffiziell von Schulmedizinern diese Beobachtungen ebenfalls beschrieben und veröffentlicht wurden, dann frage ich mich, warum akzeptiert man nicht auch die Leistungen des Dr. Hamer?

Offensichtlich ist es so, solange nicht Dr. Hamer tot ist und auch seine Gegner gestorben sind, kann man keinen Rückzieher machen. Einmal verurteilt und ausgestoßen, bleibt es so.

Man hat es ja erlebt mit Dr. Ignaz-Friedrich Semmelweis, erst als beide Streitparteien nicht mehr lebten hat man ihm Denkmäler gesetzt und Kliniken nach ihm benannt. Dass er aber in seiner Verzweiflung im Irrenhaus sterben musste, wissen heute die wenigsten Ärzte.

Das Drama in der Medizin ist rezidivierend.

Hier sei nur gesagt, dass mit zweierlei Maß gemessen wird, festhalten will ich aber diese Diskrepanz und unglaubliche Vorgangsweise trotzdem. Noch dazu, wo ein **rechtgültiger Gerichtsauftrag an die Universität Tübingen** vorliegt, diese Behauptungen des Dr. Hamer zu analysieren. Man hat die Möglichkeit, Erkenntnisse nachzuprüfen, ob sie richtig oder falsch sind und wehrt sich hartnäckig (und verzweifelt) dagegen, dazu fehlen einfach die Worte!!

Beiliegend sind in Ablichtungen die oben angeführten Artikel aus der Österreichischen Ärztezeitung und jener der Medical Tribune.

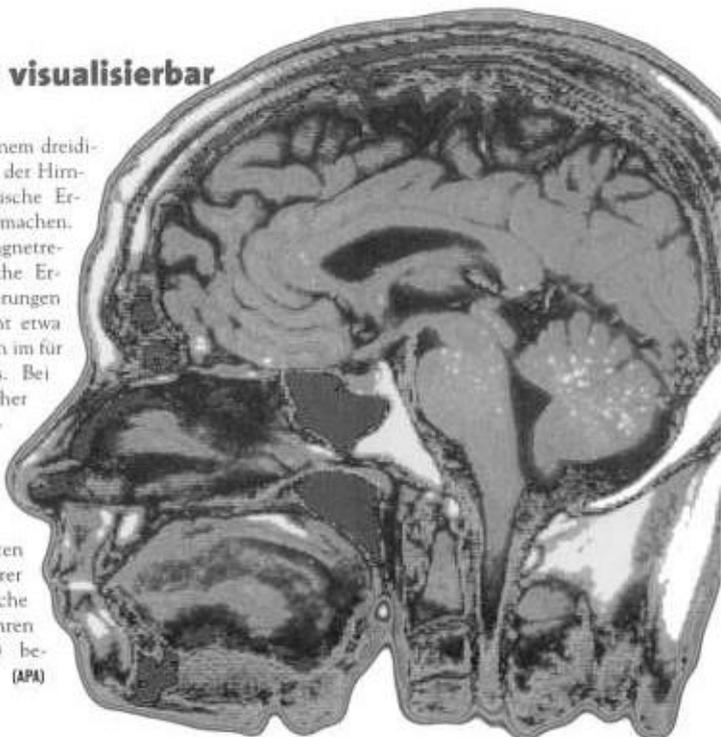
Dr. Willibald Stangl

neu UND aktuell medizin

Brain Imaging: psychische Erkrankungen visualisierbar

Mit dem so genannten Brain Imaging, einem dreidimensionalen Verfahren zur Darstellung der Hirnaktivität, können Forscher erstmals psychische Erkrankungen auf dem Bildschirm sichtbar machen. Untersuchungen mit fMRT (funktionelle Magnetresonanztomographie) belegen, dass psychische Erkrankungen mit charakteristischen Veränderungen der Gehirnfunktion einhergehen. So besteht etwa bei einer Depression ein verringertes Volumen im für das Gefühlsleben wichtigen Hippocampus. Bei schizophrenen Patienten entdeckten Forscher Veränderungen im Frontalhirn und im limbischen System. Neben den jeweils beteiligten Hirnregionen kann man aber auch den Effekt von Medikamenten oder von Psychotherapie visualisieren. Somit lässt sich die Behandlung psychisch kranker Patienten auf ein stabileres Fundament objektiver Befunde stellen. Bisher war die psychiatrische Forschung weitgehend auf indirekte Verfahren wie die Elektroenzephalographie (EEG) beschränkt.

(APA)



Posttraumatische Belastungsstörung Der ganze Mensch als Katastrophengebiet

WIEN – Eine Lawine reißt das Haus und Familienmitglieder mit sich, eine Frau wird vergewaltigt, jemand wird in einen schweren Verkehrsunfall verwickelt. Plötzlich ist nichts mehr wie es einmal war – die Lebenslinie ist „unterbrochen“. Ganz zu schweigen von den Folgen jahrelanger Missbrauchs, Folter oder KZ-Vergangenheit. Nicht immer „heilt die Zeit diese Wunden“, bei etwa zehn Prozent der Betroffenen kommt es zur Ausbildung einer behandlungsbedürftigen Posttraumatischen Belastungsstörung.

Ein Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) liegt bei Trauma zu Grunde, das nach Häufigkeit Einteilung definiert wird als „Belastendes Ereignis, wenn eine Situation außer gewöhnlicher Bedeutung oder Lata-

sierte Emerversion in diesem Stadium kann dem Auftreten des Vollbildes der PTBS vorgehen. Es treten assoziierte Symptome auf wie Gefühlslosigkeit, eingeschränkte Wiederholung, reduzierte Antriebe. Diese Phase dauert mindestens zwei Tage, höchstens vier Wochen an. Nach drei bis vier Tagen nimmt die Intensität der Reaktion ab. Darauf folgt bei manchen Menschen eine mehr oder weniger spontane bzw. - ohne Intervention bis zu zur Ausprägung des Vollbildes eines Posttraumatischen Belastungssyndrom mit einem sehr charakteristischen Symptombild können kann. Dazu gehören einer die besonders belastenden Flash-Backs, das immer wieder Erleben der traumatischen Ereignisse (siehe Kasten). Viel zu oft bleibt diese Erkennung unerkannt, die auch unbefruchtet, und kann verschlimmern.



Dr. Hans-Joachim Freudenreich

assoziierter Äußerlicher (Hör- oder Sehe-erfahrung), das hat bei jedem eine sehr verschiedene Interpretation, was? Dieser Erfahrung steht der Betroffene gegenüber und hilft gegebenenfalls, wenn Adaptionsfähigkeiten werden überfordert und damit eingeschränkt. Es tritt immer einen erkennbaren schweren Flashback im Leben eines Menschen ein. Dr. Hans-Joachim Freudenreich, Univ. Klinik für Psychiatrie, Wien, erklärt weiter: „Ein psychologischer Schock resultiert aus belastenden Werten mit Verlust der Identität. Wir können von einem „deut-impact“ sprechen, der nicht von uns Leck schlägt, sondern auch zinnreiche Werten verursacht. Der ganze Mensch wird dabei zum Krisenphänomen“. Die Menschen verlieren das Vertrauen in die Beständigkeit der Welt, eine Zukunftsplanung ist ihnen nicht mehr möglich.

Akute Reaktion

Schon während und unmittelbar nach dem Trauma tritt eine akute Belastungsreaktion auf. Eine profes-

sionelles, Vergeßlichkeit, Panik, Terror, Götternahme usw.) und Katastrophen und Unfälle (Verkehrsunfälle, Verkehrsunfälle, berufliche Konfliktsituationen) unterschieden. Die Wahrscheinlichkeit nach einem Psychotrauma eine PTBS zu entwickeln, liegt bei durchschnittlich 8,2 Prozent, wobei es hier große Unterschiede je nach Art des Traumas gibt. Besonders gefährdet sind Frauen nach einer Vergewaltigung – rund die Hälfte der Opfer registriert mit einer Belastungssituation, nach sexuellem Missbrauch liegt die Erkrankungsrate bei 57 %. Nach Verkehrsunfällen beläuft sich die 1-Jahres-Prävalenz auf ca. 10 %. Aber nicht nur direkt vom eigenen Er-



Univ.-Doz. Dr. Maria Steinboeck

eignis Betroffene können erkranken, auch Angehörige, Beobachter und Helfer reagieren in manchen Fällen mit einer PTBS.

Furchtstrukturen im Gehirn

Schwere psychische Traumata hinterlassen auch Spuren im Gehirn, die mit Hilfe von PET/CT-Untersuchungen nachgewiesen werden können. Im limbischen und pa-

limbischen System kommt es zu verstärkter neuronaler Vernetzungen, die als „Furchtstrukturen“ bezeichnet werden. Ebenfalls verstärkt ist eine lebenslange Erhöhung des „Corticotropin-Releasing-Hormons“, was mit einer verstärkten Reagibilität für Angst und Depression in Zusammenhang gebracht wird. Dem können auch Reize von Komorbilitäten wie Angststörungen, Depressionen, Ess- und Sexualstörungen sowie ein erhöhtes Selbstmordrisiko sowie Substanzmissbrauch, im Extremfall kommt es zu anhaltenden Persönlichkeitsveränderungen. Die Betroffenen stehen gleichzeitig unter Dauerstress, die affektive Gedächtnis ist gestört. Körperliche Folgen können Fehlfunktionen des Magen-Darmtrakts oder Schmerzen des Bewegungsapparates sein. Oft verbinden die Betroffenen mit sozialen Erkrankungen für zu Grunde liegende PTBS. Erst während einer Psychotherapie treten dann die Traumata der Vergangenheit zu Tage.

Medikamente und Psychotherapie

Die Behandlung des PTBS beruht auf zwei Säulen. Einerseits haben sich Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Paroxetin oder Sertralin bewährt. Die empirische Standardempfehlung einer bis zu einer Depression, eine Steigerung auf die doppelte und dreifache Dosis kann in manchen Fällen notwendig sein. In 50 Prozent der Fälle kann es so innerhalb von sechs Monaten zu einer deutlichen Besserung“, ju-

riert ihm. Das, Dr. Maria Steinboeck, Univ. Klinik für Psychiatrie, Graz. Andererseits sind eine professionell psychotherapeutische Behandlung, die Teilnahme an Entspannungs- und Selbsthilfegruppen sowie ein Individualtherapie mittels Netz-Computer bei der Verarbeitung des Traumas. Ziel der Therapie ist es, das Trauma in die eigene Biografie zu integrieren und wieder ein „normales „Leben“ zu führen. Das, Steinboeck ist zu. „Die Aufgabe des Therapeuten ist es auch, dem Patienten zu vermitteln, dass seine psychische und



Dr. David Weyand

physische Reaktionen normale Reaktionen auf eine abnormale Situation darstellen.“

Risikofaktoren & Protektion

Was reagiert nach einem Posttraumatischen Ereignis über ein Posttraumatisches Belastungssyndrom und welche Behandlungsmaßnahmen werden protektiv? Das, Prof. Dr. David Weyand, Medizinischer Leiter des psychosomatischen Zentrums ESKA, Wien. „Als Schutzfaktor gelten etwa das soziale Netz, eine Großfamilie, stabile private Beziehungen, sichere Bindungsgehaltungen“, Bindungsstörung sind hingegen ein niedriger sozialökonomischer Status, große Familie (teilweise Wohnraum, Kriminalität und Inzidenz eines Ehepartners, unzureichende Bindungsverhalten nach dem 17. bis 18. Lebensjahr) oder psychische Erkrankung eines Elternteils. Aber kein Mensch ist wirklich davon geschützt.“

Prof. Dr. David Weyand, ESKA, Graz, 2002

Diagnose des Posttraumatischen Belastungssyndroms

- Sich aufdrängende, affektiv belastende Gedanken (Intrusionen) und Erinnerungen (in zu einem realitätsnahen Wiederleben des Traumas (Flash-Backs, Alpträume, Flash-Backs, Nachhall-Erinnerungen) oder auch Erinnerungsflecken (Amnesien)
- Übererregbarkeitszustände (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektinstabilität, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumassoziierter Stimuli)
- Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, verminderte Empfindlichkeit)
- Im Kindesalter teilweise veränderte Symptomanprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Ereignisses)

Plötzlicher Todesfall zu Hause „Brauchen Sie jemanden zum Reden?“

WIEN – Sie kommen in eine Familie, die mit einem unerwarteten Todesfall in der eigenen Wohnung konfrontiert ist – sei es ein plötzlicher Herztod oder ein Suizid. Die Angehörigen stehen unter Schock, gleichzeitig sind behördliche Maßnahmen zu treffen. Wie Sie in einer solchen Situation helfen können, erklärt die Psychologin Dr. Brigitte Lueger-Schuster im Gespräch mit Medical Tribune.

MT: Sie sind fachliche Leiterin der Akutbetreuung in Wien. Was ist das für eine Institution und was leistet sie?

Dr. Brigitte Lueger-Schuster: Die „Psychosomatische Akutbetreuung in Notfallstationen“ oder kurz Akutbetreuung Wien ist eine Institution der Stadt Wien. Wir leisten Menschen in Ausnahmehelmsituationen – et-

was in plötzlichen Todesfällen in der Familie oder bei Suiziden – psychosoziale Ersthilfe. Die organisatorische Leitung erfolgt durch die Magistratsdirektion für Krisenmanagement und Soziales. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei der Universität Wien. Wir sind rund um die Uhr über die Wiener Notruf erreichbar. Für die Akutbetreu-

ung arbeiten derzeit 60 psychosomatische Fachkräfte mit spezieller Ausbildung.

MT: Ihre ständigen Einsatzzeiten zeigen den Bedarf an einer psychosozialen Akutbetreuung. Gibt es ähnliche Projekte in anderen Bundesländern?

Dr. Lueger-Schuster: Wie sind in das österreichische Netzwerk „EKT“ und in das EU-Netzwerk „psychosocial support“ eingebunden. In Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz sollen innerhalb der nächsten drei bis zwei Jahre in allen Bundesländern ähnliche Stellen eingerichtet werden.

MT: Daraus ist es häufig der Familienarzt, der sie