

# **NOVA MEDICINA GERMÂNICA®**

Dr. em Med. Ryke Geerd Hamer.

## **MEGA SEMINÁRIO**

### **AS CINCO LEIS BIOLÓGICAS DA NOVA MEDICINA GERMÂNICA:**

#### **1. A LEI FÉRREA DO CANCER.**

- a) Cada câncer ou enfermidade equivalente ao câncer é originado a partir de uma Síndrome de Dirk Hamer, ou DHS.
  - b) No momento do DHS, o conteúdo do conflito determina a localização do Foco de Hamer no cérebro e do câncer ou enfermidade equivalente ao câncer no órgão correspondente.
  - c) O desenvolvimento do conflito determina o desenvolvimento específico do Foco de Hamer no cérebro e do câncer ou enfermidade equivalente ao câncer no órgão.
- 2. A lei das duas fases de todas as enfermidades (sempre que existir a solução do conflito).**
- 3. O sistema ontogenético dos tumores e enfermidades equivalentes ao câncer.**
- 4. O sistema ontogenético dos micróbios nas enfermidades.**
- 5. O significado biológico de cada programa especial com sentido biológico.**

O Dr. Hamer chama os seus descobrimentos de “leis naturais / biológicas”, por que estão baseadas nas observações dos princípios biológicos universais, em vez de declarações hipotéticas ou teóricas. As *Cinco Leis Biológicas* apresentam um sistema científico claro com o qual podemos aprender a entender a origem e o desenvolvimento da enfermidade. São susceptíveis de serem provadas a cada passo e reproduzível em qualquer caso de um paciente.

## GLOSSÁRIO DE CONCEITOS BÁSICOS.

**DHS – Síndrome de Dirk Hamer:** Com o nome de Dirk, o filho de Dr. Hamer, cujo a morte inesperada o causou um câncer. Um DHS é um choque de conflito, que nos pega de surpresa e é vivido de forma aguda, muito dramática e sozinha. É importante entender que um DHS difere de maneira importante de um problema psicológico. Um DHS é um evento *biológico* que inicia um programa de emergência, que ocorre de maneira simultânea nos níveis da psique, cérebro e o órgão correspondente.

**Conteúdo do conflito:** O conteúdo do conflito é decidido no momento do choque do conflito. É o modo subjetivo em que experimentamos um conflito que determina a manifestação física ou mental (a “enfermidade”). O que uma pessoa sente como um conflito de separação pode ser experimentado de maneira totalmente diferente por outra, e para um terceiro, o evento pode ser completamente irrelevante. **Um DHS é um evento muito subjetivo!**

**Massa do conflito:** Determina a duração do conflito e sua intensidade. A massa do conflito determina a extensão dos sintomas psicológicos, cerebrais, e físicos na fase ativa do conflito ativo (fase CA), e durante a fase de solução ou de cura (fase PCL). PCL = pós conflictólise (depois da fase de solução).

**Pistas (tracks ou relês):** Quando experimentamos estresse emocional inesperado (o choque do conflito) nossa mente encontra-se em uma situação de consciência aguda. Altamente alerta, nosso subconsciente capta de maneira subjetiva, componentes importantes em torno do conflito, tais como sons, odores, sabores, substâncias alimentares, certos polens, envolvimento de pessoas, etc. Estas impressões que vem com o DHS permanecem armazenadas até que o conflito seja resolvido completamente. Na GNM estas marcas que permanecem após a ocorrência do DHS são chamadas PISTAS. Se estamos na fase de cura e encontramos uma tal pista – por contato real ou por associação – o conflito inteiro *recai* e somos levados de maneira instantânea no conflito novamente. Isto é o que chamamos de “reação alérgica”. Por tanto podemos ser alérgicos a uma pessoa, um lugar, certa peça

musical, etc. Com a qual estivemos envolvidos quando o DHS original ocorreu. As pistas sempre tem que ser levadas em consideração, quando enfrentamos as tais condições recorrentes, tais como as recaídas no câncer, enxaquecas, crises epiléticas ou resfriados recorrentes. As pistas tem papel muito importante nas chamadas doenças “crônicas” tais como artrite, aterosclerose, esclerose múltipla ou Parkinson.

### **Partes do cérebro:**

#### **Cérebro antigo:**

- **Tronco cerebral**
- **Mesencéfalo**
- **Cerebelo**

#### **Encéfalo:**

- **Medula interna ou substância branca**
- **Córtex cerebral:**
  - Lóbulo frontal
  - Lóbulo temporal
  - Córtex motor
  - Córtex sensorial
  - Córtex pós sensorial
  - Lóbulo occipital (córtex visual).

**Scanner cerebral:** Tomografia computadorizada do cérebro (TC).

**Foco de Hamer (HH = Hamer Herd):** Lesão em forma de anéis no cérebro, que indica o impacto de um choque de conflito. No preciso momento em que sofremos um DHS o choque de conflito impacta em uma área específica do cérebro. O impacto afeta os neurônios (células cerebrais), causando um fenômeno eletromagnético que fica claramente visível em um scanner cerebral como um grupo de anéis em forma de “alvo”. A localização do impacto no cérebro esta determinada pelo conteúdo do conflito.

**Correlação entre Psique-Cérebro-Órgão:** Casa local de controle cerebral ou relevo, controla um tecido ou órgão particular. O órgão responde ao choque do conflito com um crescimento (tumor), ou perda de tecido (necrose ulceração) ou com uma perda funcional (diabetes, perda da audição, esclerose múltipla, etc) depende da parte do cérebro (tronco cerebral, cerebelo, medula interna, córtex) que é afetada. Depois do seu primeiro descobrimento, sobre a conexão entre o conteúdo do conflito (o DHS) – a lesão cerebral (HH) – e a manifestação no órgão (a “enfermidade”), o Dr. Hamer foi capaz de fazer um mapa do cérebro ao fixar conflitos claramente definidos em áreas muito específicas do cérebro. Levando em consideração o nosso conhecimento da evolução o homem e dos mamíferos, o Dr. Hamer descobriu mais adiante que no decorrer de vários milhões de anos de evolução, cada área cerebral foi programada com certas respostas biológicas (programas de emergência) para os conflitos que possam colocar em risco a sobrevivência do grupo ou as espécies. Sendo que cada ser humano nasce com estes programas antigos, a GNM refere-se a eles como “Programas Especiais da Natureza com pleno sentido biológico”, em clara oposição ao termo “enfermidade” ao qual leva “desordem” ou “mau funcionamento” do organismo ou “erro da natureza”.

**Edema: No cérebro:** De maneira paralela a cura a nível psicológico e orgânico, a área cerebral que recebeu o choque do conflito (a lesão) também começa a se recuperar. Como no caso de qualquer ferida que é reparada, líquidos do soro sanguíneo e água são atraídos para a área, formando um edema que protege o tecido cerebral durante o processo de cura. No scanner cerebral podemos observar as mudanças: As estruturas em forma de “anéis” começam a submergir no edema e agora aparecem nos scanners borrados, sem contornos e escuros. O tamanho do edema sempre depende da massa do conflito que o precedeu. O aumento do volume do edema produz sintomas de cura cerebral típicos como dores de cabeça (cefaléias), enjôos, vertigens ou visões duplas. De forma paralela ao edema no cérebro, encontramos um edema no órgão correspondente, e.g em uma articulação, ou em uma cavidade, e.g pleura, pericárdio, peritônio.

**Glia:** A neuroglia é o tecido conectivo (ou se sustentação) cerebral, que forma a maior parte do tecido cerebral. A glia esta sempre presente no cérebro, armazenada para ser usada em caso de uma reparação. Logo que o edema cerebral é expulso (ver *crise epileptóide*) as células da glia, são reunidas no local para reparar o tecido cerebral que foi afetado quando o choque do conflito atingiu a área. É este acúmulo de glia que os radiologistas consideram como tumor cerebral (termos como “glioma” ou “glioblastoma” indicam que o tumor desenvolveu-se no tecido glial). Já em 1982, o Dr. Hamer já havia descoberto a relação simultânea entre os chamados “tumores” e as manifestações da doença nos órgãos relacionados. Por meio de análise de milhares de scanners cerebrais e a comparação da localização dos acúmulos de glia no cérebro e sua correlação com os sintomas físicos, o Dr. Hamer estabeleceu claramente que não existe nada “maligno” em relação a estes acúmulos de glia. Confirmou que com o final da fase de reparação o “tumor” desaparece e a área cerebral afetada recupera completamente a sua função.

**Sistema neurovegetativo:** É formado pelos sistemas simpático e parassimpático. O sistema simpático mantém o nosso organismo em estado ativo. Este predomina durante o dia. Por outro lado, o sistema para-simpático mantém o nosso organismo em estado de repouso. Sua atividade predomina durante a noite.

**Simpaticotonia:** Fase de estresse prolongado presente na (primeira) fase de conflito ativo.

**Vagotonia:** Fase de repouso prolongado presente na (segunda) fase de cura.

**Desenvolvimento bifásico de cada enfermidade:** Cada enfermidade ocorre sempre em duas fases e quando exista solução do conflito. As duas fases ocorrem paralelas nos níveis psíquicos, cerebral e orgânico.

**Eutonia/normotonia:** É o estado normal de nosso ritmo dia/noite (vigília/sono).

**Fase ativa do conflito (fase CA):**

- a) Nível Psíquico/Vegetativo: Estresse máximo, pensamento compulsivo, alterações no sono, perda de apetite, perda de peso. Fase FRIA – extremidades frias, calafrios, suores frios.

Outros sintomas típicos: Taquicardia (aumento da frequência cardíaca) hipoglicemia (diminuição do açúcar no sangue), diminuição da produção de ácido gástrico, náusea.

- b) Nível cerebral: Aparecimento dos Focos de Hamer no scanner cerebral com anéis nítidos em forma de “alvo” (anéis). Os anéis permanecem ativos enquanto o conflito estiver ativo. O tamanho da lesão é determinado pela massa do conflito.
- c) Nível Orgânico: A manifestação no órgão esta determinada pela natureza do conflito e pela área do cérebro que esta envolvida (ver sistema ontogenético dos tumores).

#### **Atividade do conflito cronicamente recorrente ou conflito pendente:**

Atividade do conflito, solucionadas por curtas/breves fases de cura.

**Conflictólise (CL):** Solução do conflito. A conflictólise marca o inicio da fase de cura.

#### **Fase de solução (PCL fase pós conflictólise, fase de cura):**

- a) Nível psíquico/vegetativo: Sensação de alívio, retorno do apetite, cansaço. FASE QUENTE – extremidades túbias, febre, infecções, pus, dores, inflamações.
- b) Nível cerebral: Primeira metade da fase de cura (PCL – A) edema cerebral. Segunda metade da fase de cura (PCL – B), acúmulo de glia.
- c) Nível orgânico: A manifestação no órgão esta determinada pela natureza do conflito e pela área do cérebro que esta envolvida (ver sistema ontogenético dos tumores).

**Cura pendente:** A fase de cura não pode ser completada por que o processo é interrompido de maneira continuada por curtas recaídas no conflito.

**Crise epilética ou epileptóide (Epi-Crise):** Ocorre no ponto mais baixo da fase de cura, a “Epi-Crise”, ocorre de forma paralela nos níveis psíquico, cerebral e orgânico. No ponto mais baixo da fase de cura, o cérebro aciona um pico simpaticotonico que coloca o individuo de novo e de maneira instantânea

em conflito ativo. Pelo período da Epi-Crise, a pessoa revive o conflito inteiro em um curto período de tempo, com os sintomas físicos típicos, como mãos frias, suores noturnos, calafrios e náuseas. No ponto mais baixo da fase de cura, o aumento do volume do edema cerebral, alcançou o seu tamanho máximo. Exatamente nesse momento, a pressão da recaída no estresse expulsa o edema e o cérebro e o corpo podem desfazer-se do excesso de fluidos que foram armazenados durante a primeira fase de cura. Imediatamente depois da Epi-Crise acontece uma fase urinária, em que o corpo elimina toda a água extra. Os eventos típicos que ocorrem durante a Epi-Crise são: Ataques cardíacos, embolia pulmonar, AVC, crises epiléticas, úlceras gástricas, hemorróidas, vômitos, diarreia, tumores, ataques de enxaquecas, etc. O tipo de Epi-Crise, é determinado por:

- a) A natureza do conflito
- b) Os órgãos ou tecidos envolvidos.
- c) Parte do cérebro envolvido.

A partir da Epi-Crise, o organismo inteiro (psique-cérebro-órgão) retorna a normotonia (sempre e quando não esta presente uma recaída do conflito, ver *pistas*).

**SBS (Sincolle Biologische Sonderprogramme): Programa Especial com sentido biológico:** Cada enfermidade ou sintoma tem um significado biológico especial. Cada “enfermidade” é um evento cheio de significado que deve ser entendida por meio da estória evolutiva, a embriologia e a etiologia (estudo do comportamento).

**Ontogêneses:** Desenvolvimento dos organismos.

**Sistema ontogenético dos tumores e enfermidades equivalentes ao câncer:**

- a) Conflitos dirigidos pelo cérebro antigo (endoderme dirigido pelo tronco cerebral e mesoderme dirigido pelo cerebelo): Mostram multiplicação celular (“tumores” na fase ativa do conflito e destruição dos tumores por micróbios especializados (se estiverem disponíveis) durante a fase de cura.

- b) Conflitos dirigidos pelo encéfalo (encéfalo, mesoderme dirigido pela medula e ectoderme dirigido pelo córtex cerebral): Mostram o decrescimento celular (necrose ulceração) ou perda funcional durante a fase ativa do conflito, e incremento celular (“tumores”, cistos) durante a fase de cura.

**Histologia:** Estudo dos tecidos orgânicos, e.g tumores, cistos, ulcerações necroses.

**Mitose:** Divisão das células corporais, ao qual constitui o critério de crescimentos malignos e não malignos na medicina convencional. De acordo com as *cinco leis biológicas*, o grau de divisão e multiplicação das células nos tecidos esta determinada pela intensidade do choque do conflito. As mitoses podem ocorrer tanto na fase ativa do conflito como também na fase de cura, dependendo do local cerebral e conseqüentemente que órgão ou tecido esteja afetado.

**Camadas germinais (folhas Blastodérmicas):** Nos primeiros 17 dias da etapa embrionária, já são agrupadas em camadas germinais. A camada germinal interna (endoderme), a camada germinal intermediária (mesoderme), e a camada germinativa interna (ectoderme). Cada uma destas 3 folhas embrionárias faz parte na formação dos órgãos e tecidos do nosso corpo. Conseqüentemente, um órgão pode ser formado por tecidos de diferentes origens, cada um com um centro de controle distinto no cérebro. O Dr. Hamer descobriu que os tecidos que derivam destas 3 folhas germinativas mostram uma resposta muito distinta durante as fases de conflito ativo e de cura. A GNM classifica e avalia os tumores e enfermidades de acordo com a folha germinativa de origem.

**Endoderme (folha germinativa interna):** É a primeira folha germinativa do estado embrionário. Sendo a primeira folha (capa), esta da origem aos órgãos mais antigos, tais como a submucosa de todo do tubo digestivo da boca até o reto, o revestimento interno da próstata, útero, tubas uterinas, tubos coletores dos rins e tubas auditivas. Os órgãos mais antigos que derivam da folha germinativa mais antiga, são controlados pela parte mais antiga do cérebro, o **tronco cerebral**, e conseqüentemente respondem a conflitos mais



antigos. O tema do conflito que foi programado no tronco cerebral relacionam-se com os temas de sobrevivência mais básicos como respirar, comer e reproduzir-se.

**Mesoderme (folha germinativa média):** Divide-se em um grupo mais antigo e o novo.

A **mesoderme do cérebro antigo** é dirigida pelo cerebelo (o qual pertence ainda ao cérebro antigo). A mesoderme do cérebro antigo: A folha germinativa do estado embrionário que se desenvolveu quando o organismo abandonou o ambiente aquoso. Os órgãos que são originados pelo cérebro antigo são o cório da pele, a pleura (pele que recobre os pulmões), pericárdio (pele que recobre o coração), peritônio (pele que recobre as vísceras da cavidade abdominal e as glândulas mamárias). Os órgãos e tecidos que derivam da mesoderme antiga são controlados pelo cerebelo. Os temas do conflito que foram programados no cerebelo estão ligados aos chamados “conflitos de ataque” refletindo o propósito de proteção (contra ataques) da pele cerebelar.

A **mesoderme do cérebro novo:** É dirigido pela medula encefálica (no centro do cérebro), ao qual pertence já cérebro novo. A mesoderme do cérebro novo: Reflete a etapa da evolução quando desenvolveram as estruturas musculares e esqueléticas. Os órgãos e tecidos que derivam da mesoderme do cérebro novo são os ossos, músculos, cartilagens, tendões, tecido conectivo, sistema linfático, veias e artérias, baço, ovários, testículos e parênquima renal. Os órgãos que são derivados da mesoderme do cérebro novo são controlados pela medula encefálica. Os temas de conflito predominante que estão biologicamente ligados a estes tecidos são “conflitos de auto desvalorização” e “conflitos de perda”.

**Ectoderme (folha germinativa externa):** Consiste de células epiteliais escamosas, as quais formam o recobrimento dos tubos faríngeos, laringe, tubos bronquiais, curvatura pequena do estômago, condutos biliares hepáticos, condutos pancreáticos, parte distal do reto, endotélis, artérias e veias coronarianas (túnica interna), colo uterino (cérvis) e epiderme. Os órgãos e tecidos ectodérmicos são controlados desde o córtex cerebral. Os conflitos que

pertencem ao córtex cerebral fazem referências a temas sociais tais como os conflitos territoriais, sexuais ou de separação.

**Lateralidade:** A lateralidade manual, caso sejam destros ou canhotos, determina:

- a) O lado do cérebro que impactará o conflito.
- b) Que lado do corpo será afetado.

Para os conflitos de lado relacionados com o tronco cerebral, a lateralidade é insignificante. A maneira mais simples para determinar a lateralidade é a prova do aplauso. A mão que estiver em cima é a mão dominante e determina se a pessoa é destra ou canhota. A partir do cerebelo para cima, as regras da lateralidade são aplicadas:

- 1) A pessoa destra responde a um conflito com sua mãe ou filho com o lado esquerdo do corpo, e a um conflito com o parceiro (qualquer pessoa, exceto sua mãe ou filhos) com o lado direito. Em uma pessoa canhota é ao contrário.
- 2) Todos os lugares no cerebelo e no encéfalo mostram uma correlação cruzada com o órgão.

No córtex temporal, o sexo e o estado hormonal também devem ser levados em consideração, e.x uma mulher destra, com um estado hormonal normal reage a seu primeiro conflito como hemisfério cerebral esquerdo, um homem destro reage a seu primeiro conflito com o hemisfério cerebral direito. Ocorre ao contrário no caso dos canhotos.

**Metástases:** A teoria das metástases da medicina convencional está baseada na afirmação de que as células cancerígenas de um tumor primário viajam através do sangue ou dos vasos linfáticos a outras partes do corpo onde causam um crescimento canceroso em um novo local. Os descobrimentos do Dr. Hamer reconstroem e desmistificam esta hipótese. A investigação do Dr. Hamer mostra claramente que cada proliferação celular (“crescimento canceroso”) está relacionado com um conflito biológico específico – a área cerebral que recebeu o choque de conflito determina que o crescimento apareça na fase ativa do conflito ou na fase de cura. A afirmação de que as

células viajam, esta baseado nas hipóteses de que uma célula cancerosa que abandona o tumor primário, transforma-se em outro tipo celular durante o caminho. Sabemos pela a ciência da histologia e a embriologia que sob nenhuma circunstancia as células podem cruzar o umbral de sua folha germinativa. As células que pertencem a uma folha germinativa em particular nunca podem mudar sua estrutura histológica, por exemplo, uma célula cancerosa da glândula mamaria não pode mudar para uma de câncer ósseo. A ciência médica mostra, baseadas em experimentos com animais (as quais a GNM desaprova) que se as conexões nervosas desde um órgão até o cérebro são desconectadas, não pode crescer nenhum câncer. Isto confirma os descobrimentos do Dr. Hamer em relação a:

- a) O câncer é sempre coordenado pelo cérebro e
- b) O câncer não pode ser causado por células cancerígenas que migram.

A GNM não contesta o fato de segundos e terceiros carcinomas. De acordo com a GNM, um câncer secundário somente poderia ter sido produzido por um segundo choque de conflito, as vezes acionado por um choque no momento do diagnóstico ou do prognóstico.

**Estado Hormonal:** O conflito pode atingir o hemisfério esquerdo/feminino ou o direito/masculino do córtex cerebral, dependendo do *status hormonal* do individuo, por que o estado hormonal determina que o conflito seja experimentado de um modo masculino ou feminino. Com a mudança do estado hormonal (mulher depois da menopausa, com anticoncepcionais ou bloqueadores hormonais, um homem com necrose testicular ou que alcançou certa idade onde, hormonalmente falando, já não é mais capaz de ter uma resposta masculina) a identidade biológica muda, o que influencia como são experimentados os choques e portanto quais sintomas físicos manifestam-se como resultado do conflito.

**Constelação esquizofrênica:** De acordo com a psicologia e psiquiatria convencional, as doenças mentais e os transtornos do estado de animo são considerados meramente desordens da mente. As investigações do Dr. Hamer

demonstram que os transtornos mentais desenvolvem-se – assim como os transtornos físicos – exatamente como as *cinco leis biológicas*. Portanto as doenças mentais tem (igualmente como os transtornos físicos) uma correlação cerebral e uma correlação com o órgão. As doenças mentais e os transtornos do estado de animo são causados pelo conflito que atinge o hemisfério cerebral oposto, colocando o individuo em uma chamada constelação esquizofrênica bi hemisférica. A combinação exata dos conflitos determina que as pessoas tornem-se maníacos depressivos (bipolar), autista, desenvolva um comportamento agressivo, torne-se agressiva, etc.

## **RESUMO DOS DERIVADOS DAS FOLHAS EMBRIONÁRIAS**

### **ENDODERME (Controlados pelo TRONCO CEREBRAL)**

- Órgãos do canal alimentar desde a boca até o reto, pulmões fígado, rins, próstata,útero.
- CÉLULAS ADENO

### **MESODERME DO CEREBRO NOVO**

(Controlado desde a MEDULA ENCEFÁLICA)

- Ossos, músculos, cartilagens, tendões, tecido conectivo, vasos sanguíneos e linfáticos, parênquima renal, baço, testículos/ovários, miocárdio.

### **ECTODERMO (Controlados desde o CÓRTEX)**

- Epiderme, epitélio da laringe, mucosa brônquica, colo uterino, artérias/veias, coronárias, mucosa retal, curvatura menor no estomago, condutos biliares e pancreáticos, mucosa do trato urinário, condutos tiroídeos, condutos faríngeos.
- CÉLULAS EPILEIAIS ESCAMOSAS

## **DETALHE DE CADA FASE DA SEGUNDA LEI BIOLÓGICA**

NOTA: O nível vegetativo não é realmente um quarto nível, pertence a nível do órgão. Refere-se as características do nível vegetativo comum a qualquer SBS de forma separada para facilitar sua compreensão.

### **FASE ATIVA DO CONFLITO (CA):**

#### **Nível Psíquico:**

- Estresse emocional
- Ocupação mental constante sobre o conflito.

#### **Nível Vegetativo**

- Simpaticotonia constante
- Extensão do ritmo – dia
- Insônia
- Falta de apetite
- Perda de peso
- Ritmo cardíaco acelerado
- Aumento da pressão arterial
- Hipoglicemia
- Extremidades frias
- Calafrios
- Sudorese

Incremento dos parâmetros simpaticotônicos de:

- Tiroxina
- ACTH (hormônio adreno corticotropa)
- Cortisol
- Adrenalina (epinefrina)

**Nível Cerebral:** Configuração anular com forma de “alvo” no cérebro, chamados se HH ativos no cérebro ( = HGH, Hamerscher Gehirn Herd)

- *Localização:* Determinada pela natureza exata do conflito.
- *Tamanho:* Determinado pela intensidade e duração do conflito (massa do conflito).

**Nível orgânico:** Configuração anular com forma de “alvo” no órgão, chamados HH ativos no órgão (= HOH, Hamerscher Organ Herd)

- *Cérebro antigo:* (Tronco cerebral e cerebelo) multiplicação celular (crescimento tumoral).
- *Cérebro* (medula cerebral e córtex cerebral) diminuição celular em forma de necrose ou ulceração.

## **PRIMEIRA METADE DA FASE – PCL:**

### **Nível Psíquico:**

- Sentimento de alívio e bem estar.

### **Nível Vegetativo:**

- Vagotonia constante
- Extensão do ritmo de noite
- Sonho
- Fadiga
- Fraqueza
- Aumento de peso (por líquidos)
- Ritmo cardíaco lento
- Diminuição da pressão arterial
- Hiperglicemia
- Extremidades quentes
- Febre

Diminuição nos parâmetros simpaticotônicos (Abaixo do normal) de:

- Tiroxina
- ACTH (hormônio adreno coricotropa)
- Cortisol
- Adrenalina (epinefrina)

**Nível Cerebral:** Depósito de edema no cérebro (HGH edematoso); Foco de Hamer (lesão cerebral) começa a curar:

- Edema cerebral
- Dores de cabeça
- Tonturas
- Visão dupla

*Magnitude:* Determinada pela intensidade e duração do conflito (massa do conflito).

**Nível do órgão:** Depósito de edema no órgão (HOH edematoso);

**Cérebro antigo:** (tronco cerebral e cerebelo) degradação tumoral por fungos e micobactérias especializadas.

**Cérebro:** (medula cerebral e córtex cerebral) Incremento celular, restituição e reparação.

### **Crise Epiléptica ou Epileptóide (EC):**

- O paciente revive o conflito inteiro em um breve momento
- Os chamados “dias frios”, freqüentemente com calafrios e constrições dos vasos sanguíneos periféricos (“periferia fria”);
- Simpaticotonia nos três níveis; extremidades frias
- Incremento de tiroxina, ACTH, cortisol e adrenalina
- Aumento da eliminação de urina, chamada “fase urinária” que dura até a fase restauradora para a formação de cicatriz

## **SEGUNDA METADE DA FASE – PCL:**

### **Nível psíquico:**

- Diminuição dos pensamentos compulsivos da crise epileptóide, sentimento de alívio e bem estar.

### **Nível vegetativo:**

- Vagotonia constante (de diferente qualidade)
- Extensão do ritmo de noite.
- Sono
- Fadiga
- Fraqueza
- Aumento do apetite
- Aumento de peso
- Ritmo cardíaco lento
- Diminuição da pressão arterial
- Hiperglicemia
- Extremidades quentes

Pequena diminuição nos parâmetros simpaticotônicos (abaixo do normal) de:

- Tiroxina
- ACTH (hormônio adreno corticotropa)
- Cortisol
- Adrenalina (epinefrina)

Continua o aumento da eliminação de urina que começou durante a crise epilética/epileptóide.

**Nível cerebral:** Lenta diminuição dos anéis edematosos ao redor do HH no cérebro (HGH, Hamerscher Gerhrin Herd), expulsão do edema.



**Nível do órgão:** Lenta diminuição dos anéis assim como o edema no órgão (HOH, Hamerscher Organ Herd);

**Cérebro antigo:** (tronco cerebral e cerebello) formação da cicatriz restauradora no tumor.

**Cérebro:** (medula cerebral e córtex cerebral) – Formação da cicatriz restauradora na necrose ou nas úlceras prévias.

## **ENDODERME**

A seguir apresentam-se os órgãos e tecidos controlados pelo tronco cerebral e que são originados a partir da endoderme:

### **Área da boca e faringe:**

Boca antiga e mucosa do nariz

Paladar

Faringe

Amígdalas

Tubas auditivas

Glândulas lacrimais

Glândulas tiroídeas

Esôfago (terço distal)

Alvéolos pulmonares

Estômago

Duodeno

Fígado

Pâncreas

Intestino delgado e cólon

Bexiga

Cólon sigmóide

Reto (terço proximal)

Próstata

Útero

Tubas uterinas

Tubos coletores dos rins

Os conflitos ligados ao tronco cerebral são relacionados com:

- Respiração (pulmões)
- Reprodução (útero/próstata)
- Alimentação (trato digestivo)

**Fase ativa do conflito:** Durante esta fase o tecido endodérmico produz aumento celular em forma de adenocarcinoma

**Fase de cura:** Os tumores dirigidos pelo tronco cerebral são decompostos com a presença de micobactérias, e.x bactérias tuberculares acompanhadas de suores noturnos e aumentos na temperatura (monitorar perdas de proteínas). Enquanto na fase ativa existe proliferação, existe diminuição celular na fase de cura. Se as bactérias necessárias não estão presentes, o tumor detém o seu crescimento porém permanece no lugar (catalogado como “benigno”).

No tronco cerebral a lateralidade é insignificante.

Os **Conflitos do canal intestinal** são chamados “**conflitos de bocado**”, fazendo alusão aos verdadeiros bocados de comida.

- Aprisionando o bocado – com relação a nossa boca e faringe.
- Engolindo (tragando) o bocado – em relação a nosso esôfago.
- Transportando e digerindo o bocado – em relação a nosso estômago, pâncreas, intestino delgado e grosso.

Em sentido figurado, um “bocado” pode representar um “bocado” que foi afastado de nós, um “bocado” que não podemos agarrar, um “bocado” ao qual fomos forçados a renunciar, raiva que não podemos digerir, raiva aos quais nos apegamos, etc.

## **ESOFAGO (TERÇO DISTAL):**

**Conflito:** Não ser capaz de engolir um “bocado”; pegamos um bocado, queremos engolir (incorporar), porém não podemos engoli-lo = um “bocado” que nos foi prometido, e que inesperadamente não conseguimos, e.x. esperávamos um aumento ou promoção no trabalho, mas alguém o obtém, as expectativas foram inesperadamente decepcionadas, desiludidas; um “bocado” ao qual tivemos que renunciar o que foi tomado de nós – justamente após de termos obtidos. Nota: O tal “bocado” também pode fazer referência a uma pessoa ao qual tivemos que renunciar, ao qual não podemos “consumir” completamente.

**Fase CA:** Tumor esofágico (adenocarcinoma)

**Propósito biológico:** Tipo secretor: Aumento das células para digerir melhor o “bocado”. Tipo reabsorção: provar a consistência da comida (como na boca).

**Fase PCL:** O tumor é decomposto com a ajuda de bactérias da tuberculose, cicatrizes que permanecem = Varizes esofágicas.

## ALVÉOLOS PULMONARES

**Conflito:** Medo ou terror de morrer: Medo arcaico da morte, não receber mais ar (o ar é o bocado). Frequentemente experimentado junto com o choque no momento do diagnóstico ou do prognóstico. Exemplo: “Você tem câncer, não chegará ao Natal”.

**Fase AC:** Tumor de pulmão (adenocarcinoma dos alvéolos pulmonares).

**Propósito biológico:** Proporcionar “pulmões maiores”, para melhorar a entrada de ar, para sobreviver a ameaça de morte – asfixia.

**Fase PCL:** Tuberculose pulmonar (o tumor é degradado pelas micobactérias). Sintomas: Tosse, hemoptise (tosse com sangue), expectoração (monitorar perda de proteínas). Se os microorganismos não estão presentes, o tumor permanece em seu lugar. Quando o tumor é decomposto, permanecem

as cavernas – Enfisema pulmonar (Ocorre a piora do quadro, quando esta envolvido uma síndrome dos túbulos coletores do rins).

## **ESTÔMAGO E DUODENO**

**Conflito:** Raiva, nojo, ira não digerível, em relação a uma pessoa, uma situação ou circunstância (ex: Com relação a heranças, Investimentos, quando não pode obter sua “parte”, uma pensão, uma sentença legal, etc).

**Fase CA:** Tumor no estômago em forma de couve flor ou exofítico (adenocarcinoma).

**Propósito biológico:** Aumentar a produção do suco gástrico para decompor ou digerir o “bocado”.

**Fase PCL:** O tumor é degradado com ajuda de bactérias tuberculosas. Sintomas: Vômitos, potencialmente com sangue (hematemesis, observar perda de sangue), suor noturno, temperatura sub febril. Se não estiver disponíveis os microorganismos, o tumor permanece em seu local.

## **FÍGADO**

**Conflito:** Conflito de morrer de fome: Medo arcaico biológico pela morte por inanição, não receber mais alimentos (o alimento é o bocado). Conflito de não conseguir alimentar-se ou alimentar aqueles que nos sentimos responsáveis.

**Fase CA:** Tumor hepático (adenocarcinoma) distinguimos de um carcinoma de nódulo solitário no fígado (conflito de inanição por outra pessoa ou animal) ou múltiplos “focos redondos” (conflito de si próprio). As vezes podem apresentar um carcinoma intestinal, um hepático e um pancreático juntos e sobrepostos pelo mesmo conflito.

**Propósito biológico:** Aumentar a quantidade de células hepáticas = aumentar o volume da superfície hepática de tal maneira que qualquer partícula de proteína possa ser utilizada e transformada em energia.

**Fase PCL:** O tumor é degradado pelas bactérias tuberculosas, a isto acompanha os suores noturnos e temperatura sub febril. O processo de caseificação (tuberculose hepática) produz a formação de pequenas cavernas. Junto com o tecido cicatricial, estas cavernas apresentam como resultado o quadro de cirrose hepática (\*Segundo tipo de cirrose hepática como resultado de uma situação de cura pendente com afecção dos condutos biliares > GNM seminário DOIS). Se não estiverem disponíveis os microorganismos, o tumor fica encapsulado e permanece em seu lugar sem apresentar mais divisão celulares.

## **PANCREAS**

**Conflito:** Raiva indigerível, não ser capaz de digerir algo, raiva com os membros da família por um bocado (heranças, investimentos, “partes”, pensões, etc).

**Fase CA:** Proliferação celular, adenocarcinoma (pode obstruir mecanicamente a via biliar e produzir icterícia como consequência da falta de eliminação dos pigmentos biliares).

**Fase PCL:** O tumor é decomposto com TB (tuberculose), deixando cavernas (cistos), pode precisar de enzimas. Se o tumor não é decomposto por falta de microorganismos, este fica encapsulado.

## **INTESTINO DELGADO**

**Conflito:** “Bocado indigerível”; Conflito de não poder digerir um bocado demasiado grande ou de contrariedade indigesta. Raiva, irritação, não tão feio ou desagradável como no cólon. Quanto mais desagradável ou “asqueroso” é

um conflito, este localiza-se mais distal no canal intestinal. O intestino delgado pode ter um aspecto adicional de inanição parecido com o fígado.

**Fase CA:** Tumor no intestino delgado (adenocarcinoma).

**Propósito biológico:** Produzir mais sucos digestíveis para decompor – digerir o “bocado”.

**Fase PCL:** O tumor é degradado com a ajuda de bactérias tuberculosas). Sintomas: Diarréia. Se não estão disponíveis os microorganismos, o tumor permanece em seu local (quando estiver evolvido uma síndrome de TCR o tumor pode causar obstrução).

## **CEGO E APÊNDICE**

**Conflito:** “Bocado”, feio, raiva indigesta (ex: uma criança observa uma briga feia entre seus pais).

**Fase CA:** Tumor tipo compacto “exofítico” ou se superfície plana.

**Fase PCL:** Apendicite aguda ou sub aguda, histologicamente sempre existe necrose (caseificação tuberculosa).

**N.B:** “Não existe apendicite sem proliferação celular prévia”.

## **INTESTINO GROSSO**

**Conflito:** Bocado indigerível: irritação, raiva, ira muito feia ou muito desagradável. Os conflitos de intestino grosso, frequentemente tem a ver com temas “feios” tais como um divórcio desagradável, brigas horríveis por dinheiro na família ou nos negócios, brigas por propriedades ou por heranças, traições ou decepções financeiras, difamação, acusações, etc.

**Fase CA:** Tumor de cólon (adenocarcinoma).

**Propósito biológico:** Aumentar a produção de sucos digestivos para decompor – digerir o “bocado”.

**Fase PCL:** O tumor é degradado com ajuda de bactérias tuberculosas. Resultado: Descarga tubercular e sangue nas fezes como sinal do processo de reparação. A perda de sangue tem que ser vigiada. Se não estiver disponíveis os microorganismos, o tumor permanece em seu lugar (quando estiver envolvida uma síndrome de TCR o tumor pode causar obstrução).

## **MUSCULATURA LISA INTESTINAL**

**Conflito:** (desvalorização) não ser capaz de transportar/ passar o “bocado” pelo intestino; íleo paralisado.

**Propósito biológico:** Empurrar o bocado com mais força, hiperperistaltismo local, sem paralisa do resto do intestino (ílio paralisado).

**Fase AC:** Aumento da paralisia intestinal.

**Fase PCL:** Aumento do peristaltismo em todo o trato gastrointestinal, cólicas, diarreias.

## **BEXIGA (Trígono vesical)**

**Conflito:** Conflito feio (ex. Uma mulher grávida é abusada fisicamente por seu marido).

**Fase CA:** Tumor do tipo compacto ou de superfície plana (adenocarcinoma, pólipos na bexiga).

**Fase PCL:** Com TB, o tumor é decomposto (cistite tuberculosa purulenta), sem TB o tumor permanece em seu local.

## **MUCOSA UTERINA E TUBAS UTERINAS**

O útero e as tubas uterinas pertencem ao grupo de tecidos de origem endodérmicos. São estruturas controladas desde o **tronco cerebral**.

Aqui diferenciamos este tecido de:

- a) Musculatura uterina de origem mesodérmica controlada desde a substância branca.
- b) Ovários, derivados da mesoderme do cérebro novo, controlados desde a substância branca. Conflito de perda profunda.
- c) Cérvix uterino, de origem ectodérmica, controlado desde o córtex temporal do hemisfério esquerdo. Conflito sexual.

**Conteúdo dos conflitos** do útero e tubas uterinas:

Semi genital desagradável. O sujeito dos conflitos não esta somente focalizado nos aspectos puramente genitais (real ou figurativamente), mas somente aparece como um componente, e como tal, é inteiramente diferente de um conflito sexual (ver cérvix). Um conflito onde um homem esta envolvido (um assunto inesperado com um homem), conflito de rivalidade com um homem. Um conflito de gênero desagradável, pouco respeitoso. Também perda sobre tudo na relação avó/neta.



**Fase CA:** Proliferação celular. Observa-se como hiperplasia ou como tumor da mucosa uterina. No caso das tubas uterinas este tumor pode obstruir a luz da mesma.

**Fase PCL:** O tumor é decomposto por bactérias tuberculosas no caso de existirem. Neste caso existem duas possibilidades.

- a) Nas mulheres pós menopáusicas o tumor é decomposto e apresenta fluxo vaginal com possível sangramento leve.
- b) Em mulheres pré menopáusicas o tumor é decomposto e é eliminado junto com a mucosa uterina e apresenta um sangramento abundante.

Se as tubas uterinas estiverem envolvidas, as células extras são decompostas tanto por fungos tais como a Cândida Albicans, como por micobactérias com eliminação vaginal. Ocasionalmente a secreção também pode chegar a cavidade abdominal.

## **PRÓSTATA**

A próstata pertence ao grupo de tecidos de origem endodérmica. É controlado desde o **tronco cerebral**.

**Conteúdo dos conflitos** da próstata:

Semigenial desagradável. O sujeito do conflito não está focado somente em aspectos puramente genitais (real ou figurativamente), porém aparece somente como um componente, e como tal, é inteiramente diferente a um conflito sexual. Um conflito onde uma fêmea está envolvida (um assunto inesperado com uma fêmea), conflito de rivalidade com uma mulher, ou de procriação.

**Fase CA:** Produção de células glandulares da próstata. Observa-se como hiperplasia ou como câncer de próstata. Se o tumor comprime a uretra, pode produzir problemas como diminuição do calibre do jato urinário. Com o aumento celular, o antígeno prostático eleva-se.

**Propósito biológico** Aumentar a secreção prostática e compensar a diminuição de produção espermática.

**Fase PCL:** O tumor é decomposto por bactérias tuberculosas, a urina é mau cheirosa, turva, potencialmente apresenta com sangue. A secreção tubercular apresentam proteínas elevadas. A perda protéica na urina deve ser observada atentamente. A uretra também pode ficar obstruída durante esta fase devido ao edema e ao aumento do volume do processo de reparação. Ao final do processo de reparação a glândula prostática recupera o seu tamanho normal e o nível prostático também. Se não existirem bactérias tuberculosas disponíveis o tumor encapsula-se e permanece em seu lugar, sem apresentar aumento celular. Aqui pode ser tipificado como hiperplasia prostática benigna.

## **NOTAR EXCEÇÃO (notar excepción)**

### **MUSCULATURA UTERINA (Musculatura lisa)**

É uma combinação de tecidos endodérmicos com mesodérmico novo. Junto com a musculatura lisa dos órgãos do canal alimentar, a camada muscular dos vasos sanguíneos, e parte do miocárdio, são controlados desde o mesencéfalo. Manifestam-se organicamente com o padrão dos órgãos do cérebro novo, ou seja, apresentam necrose na fase ativa do conflito e proliferação celular na fase de solução do conflito.

**Conteúdo dos conflitos** da musculatura uterina:

Auto desvalorização por não poder ter filhos, não poder engravidar, perder uma gestação.

**Fase CA:** Necrose celular, diminuição da musculatura uterina.

**Fase PCL:** Proliferação celular, formação de miomas ou miosarcomas os fibromas uterinos permanecem.

**Propósito biológico na PCL:** O músculo uterino fica mais forte para “sustentar” melhor o feto.

## ENDODERME

### TUBULOS COLETORES RENAIIS

**Conflito:** Abandono profundo, conflito de existência (ter perdido tudo), conflito de hospitalização (medo de ter que ir a um hospital ou asilo), conflito de refugiado (ter que deixar o país, casa ou trabalho), sentir-se totalmente isolado, desalojado, expulso, excluído. As crianças, os adultos maiores e as pessoas doentes estão muito vulneráveis a este tipo de conflito. Qualquer DHS pode implicar ou acarretar um conflito de abandono, ou sentir-se totalmente abandonado quando sofremos um estresse emocional inesperado.

**Fase CA:** Carcinoma do tubo coletor. Reabsorção da água da urina, retenção de líquidos, oligúria. Retenção de uréia.

Crescimento de adenocarcinoma com forma de couve flor do tipo compacto e secretor ou de adenocarcinoma de superfície plana com qualidade de reabsorção do tubo, entre os cálices renais e o parênquima renal glomerular.

Proliferação celular na fase CA do conflito (comparar com a necrose do parênquima renal durante a fase CA e a formação de cistos renais na fase de cura de um conflito de água).

O conflito ativo de retenção de líquidos que envolva os túbulos coletores é de uma grande importância se aparece conjuntamente na fase de cura (PCL) de outro conflito = SÍNDROME no caso de retenção de líquidos produz um grande edema na área afetada do órgão. Por ex. Fase PCL dos ossos = Leucemia + síndrome = Gota, também um derrame pleural (transudato), ascite (transudato) ou de reumatismo articular agudo, etc. O mesmo processo ocorre com o FH no cérebro: Estes grandes focos de HAMER que quando estavam edematosos eram vistos como “tumores cerebrais”. Ao solucionar o conflito de retenção de líquidos, o “tumor edematoso cerebral” decresce rapidamente. A retenção de urina tem um propósito biológico: Anteriormente, chamávamos uremia e assumíamos que os rins “falhariam”. Na realidade o organismo

armazena substâncias ureicas, no caso de que a proteína não chegue a estar disponíveis por um longo período de tempo (ciclo do nitrogênio).

Até agora, a única coisa que sabíamos era que a proteína era decomposta em uréia e eliminada através da urina. No entanto, o que entendíamos era que o organismo é capaz de reciclar uréia e formar proteína. Por tanto, em “tempos de necessidade protéica”, o organismo retém uréia no sangue, o que chamávamos de uremia. Considerávamos a uremia como uma doença, sem saber que realmente é um programa especial com sentido biológico (SBS).

**Propósito biológico:** Permitir maior retenção de líquidos e recuperar o meio, a existência. Ligado a etapa evolutiva em que os organismos deixaram o ambiente aquoso. Ex. Seres que estão no meio desértico – fora de seu meio – e que estão em ameaça de morrer de sede, cada gota de água é vital, por isso o programa de retenção de líquidos.

Poupar água para permitir um tempo de sobrevivência maior na praia ou no deserto.

**Fase PCL:** Na cura do carcinoma do túbulo coletor distinguimos entre a cura biológica com tuberculose necrótica caseificada e a cura biológica sem tuberculose.

Se não estiverem as bactérias tuberculosas (cura não biológica) a saída da pélvis renal pode obstruir-se, mesmo que o conflito tenha sido resolvido (rim inativo). A uremia não é uma doença mortal, como acreditava-se anteriormente. Isto se detém instantaneamente com a solução do conflito de existência. Inclusive, se o processo de cura é concluída de maneira biológica o organismo continua com a excreção de urina. Anteriormente os adenocarcinomas compactos que eram caseificados por micobactérias diagnosticavam como tuberculose renal. Depois do processo de decomposição, as cavernas se mostram como grupos de cálices com deformação.

- Síndrome nefrótico/nefritico – o tumor é degradado com a ajuda de bactérias tuberculosas (se estiverem disponíveis)

- Proteinúria – eliminação de proteínas na urina – observar cuidadosamente.
- Litos (pedras) renais – As cavernas que ficam depois que o tumor foi resolvido enchem-se com cálcio.
- Rins cirróticos – resultados de uma cura pendente, quando o tecido do rim perde-se devido a recaídas repetidas.

**IMPORTANTE:** Imediatamente com a CL – solução do conflito – o indivíduo é capaz de urinar novamente, embora o tumor não tenha sido removido ainda. Razão: A habilidade de urinar imediatamente é iniciada do cérebro.

## **SÍNDROME DOS TUBULOS COLETORES RENAI (Síndrome – TCR).**

Compreende:

- a) A fase ativa de um conflito de abandono
- b) A primeira metade de uma fase de cura de qualquer conflito.

Clinicamente, a síndrome TCR pode criar sérias complicações a nível orgânico e a nível cerebral devido a retenção de líquidos, que amplifica os sintomas de cura de todos os outros conflitos que se encontrem em solução.

**A nível orgânico:** O organismo utiliza cada crescimento como reservatório de água de tal maneira que possa armazenar quanta água seja possível. O resultado: Aumento dos volumes inofensivos podem se tornar um caso complicado.

- a) Tumores controlados pelo tronco cerebral

Tumores de fígado, cólon, pulmão, etc. Que não puderam ser degradados durante a fase de cura devido a ausência de micobactérias, que tornam-se maiores e podem causar obstruções, e.g. no cólon, sendo necessária uma cirurgia.

- b) Tumores controlados pelo cerebelo

Um tumor na glândula mamária estancado (não degradado) aparecerá maior (em um exame de rotina). Na fase de cura dos tumores (mesoteliomas) da pleura, peritônio, ou pericárdio, a efusão (secreção

de líquido seroso da membrana) requeridos podem tornar-se tão grave, que uma punção é necessária. Isto pode por o indivíduo em uma situação que comprometa a vida.

c) Tumores controlados pela medula encefálica

O linfoma também aparece maior, os cistos (ovário, testicular, renal, esplênico (baço)), podem romper, levando o líquido ao abdômen, produzindo inflamação e complicações. As condições reumáticas e artríticas pioram – aumento doloroso, volume e inflamação.

d) Tumores controlados pelo córtex cerebral

Todos estes tumores aparecem maiores, as alterações da pele seriam mais dramáticas, as condições cardíacas podem tornar-se muito sérias.

e) Compromisso/perda funcional controladas pelo córtex

As paralisias motoras ou sensoriais, esclerose múltipla, Parkinson, etc.

**A nível cerebral:** Devido a retenção de líquidos no corpo, o edema cerebral também aumenta. Este aumento de volume pode produzir aumento da pressão intracraniana e levar ao estado de coma e a morte. Devido ao grande edema cerebral, qualquer Epi-crise pode ser tão severa que o paciente pode não sobreviver (ausência, crise epilética, ataque cardíaco, AVC, etc).

A diferença de nosso conceito anterior da insuficiência renal (uremia) e / ou da retenção de líquidos no nosso organismo, especialmente quando encontra-se na cura do órgão (que agora chamamos de “Síndrome”), a retenção de líquidos tem um propósito biológico. O organismo tira diariamente no mínimo 150 – 200 ml de urina (oligúria, quase anúria), mesmo com os que pode eliminar as substâncias ureicas necessárias (uremia), assim os níveis de creatina no sangue aumentam a 12 – 14 mg%. Os impactos nos rins e o aumento da uremia podem variar por que cada rim tem 3 grupos de cálices renais que podem estar afetados ou não afetados de maneira independente. O aumento da creatina e do ácido úrico (com gota) tem também um propósito biológico: No caso de deficiência protéica iminente (falta de comida), o organismo é capaz de reciclar estas substâncias para produzir proteínas. Na Nova Medicina Germânica, os transplantes de rim tornam-se desnecessários

em cerca de 90%, sempre e quando se possa resolver o conflito de existência subjacentes.

### **COMPLICAÇÕES POR EDEMA PERIFOCAL**

- Cefaléia intensa
- Tonturas e vertigem
- Náuseas
- Diplopia
- Paralisia (por ex: oculomotora, facial, hemiplegia).

### **Em centros vegetativos vitais:**

- Alterações na temperatura (febre, hipertermia).
- Alterações respiratórias (bradipnéia, apnéia, parada respiratória)
- Alterações cardiovasculares (bradicardia, parada cardíaca)

## **MESODERME ANTIGA**

A seguir apresentam-se os órgãos e tecidos controlados pelo cerebelo e que se originam a partir da mesoderme antiga:

Córium da pele (dérmis)

Pleura (tecido que recobre o tórax, costelas e pulmões)

Peritônio (tecido que recobre a cavidade abdominal)

Pericárdio (tecido que recobre o coração)

Glândulas mamárias

Tipo de tecido: Células adenóides

Folha germinativa: Mesoderme (controlado pelo cérebro antigo)

Existe a relação cruzada desde o cérebro até o órgão. A lateralidade tem que ser levada em consideração.

### **PLEURA**

**Conflito:** Ataque contra a pleura/tórax

**Fase CA:** Aumento celular, mesotelioma pleural

**Fase PCL:** Decomposição do mesotelioma por fungos ou micobactérias, derrame pleural (efusão).

Como “Síndrome” de pleurite úmida.

## **PERITÔNIO**

**Conflito:** Ataque contra o abdômen

**Fase CA:** Aumento celular, mesotelioma peritoneal

**Fase PCL:** Decomposição do mesotelioma por fungos ou micobactérias, derrame peritoneal (efusão)

**Peritonite** (inflamação da parede abdominal); com TB = peritonite purulenta.

Como “Síndrome” Ascites.

**Ascites renal:** (Os rins estão localizados atrás do peritônio, não dentro, porém no peritônio, na frente deles existe uma capa retro-mesotelial.

Como “Síndrome” apresenta uma ascites renal na PCL.

## **GLÂNDULAS MAMÁRIAS**

**Conflito:** Um conflito de preocupação – briga mãe/filho. Ou um conflito de preocupação – briga com o parceiro (a).

O câncer das glândulas mamárias sempre tem a ver com o que a mulher considera seu **ninho** (sua casa, sua família, seus filhos, seu parceiro, seu mascote, seu lugar de trabalho). O conflito é experimentado como uma preocupação ou discussão dentro ou em relação ao seu ninho.

**Lateralidade:** Correlação cruzada desde o cérebro até o órgão.

Se a mulher é destra:



Conflito atinge no hemisfério direito do cérebro + mama esquerda (mama mãe/filho).

Conflito atinge no hemisfério esquerdo do cérebro + mama direita (mama parceiro).

Para a mulher canhota é o contrário.

**Fase CA:** Tumor glandular mamário.

**Fase PCL:** O tumor é decomposto por micobactérias. Se os micróbios não estão disponíveis o tumor permanece em seu lugar.

## ECTODERME

### DUTOS LACTÍFEROS

**Conflito:** Um Conflito de separação é sentido como “meu filho, minha mãe, meu parceiro foi arrancado de meu peito”.

O conflito é experimentado como uma separação do ninho e/ou seus membros. Mesmo, um medo da separação pode disparar este tipo de conflito. Também o querer separar-se e.x: de uma pessoa aterrorizada ou aterradora.

**Cérebro:** O conflito atinge a área do córtex sensorial (as regras de lateralidade são aplicadas).

Se a mulher é destra:

O conflito atinge o hemisfério direito do cérebro + mama esquerda (mama mãe/filho).

Conflito atinge o hemisfério esquerdo do cérebro + mama direita (mama parceiro).

Para a mulher canhota é ao contrario.

**Fase CA:** Diminuição celular em forma de ulceração dos dutos lactíferos, leve dor, perda de memória a curto prazo.

**Fase PCL:** A perda de tecidos é regenerada – proliferação celular = carcinoma intradutal.

Durante a segunda fase da PCL, o tumor é degradado e é calcificado. Com a síndrome TCR, o tumor pode fechar o ducto (rubor, inflamação, calor).

Cada um destes tipos de câncer de mama tem sua origem em diferentes partes do cérebro, correlacionam-se com um conflito biológico distinto, pertencem a uma folha germinativa diferente e por tanto tem uma formação histológica diferente. Não desenvolvemos câncer de mama intraductal ou glandular sem razão. O sentimento específico por trás do conflito determinará de maneira precisa que local do cérebro receberá o impacto do DHS e se serão afetadas as glândulas ou os ductos mamários.

## **PELE**

A pele é dividida em:

- Dérmis ou córium (pele externa) controlada pelo cerebelo.
- Epidérmis (pele externa) controlada desde o córtex cerebral, na região do córtex sensorial.

## **MESODERME ANTIGA**

### **DÉRMIS OU CÓRIUM**

É um tecido derivado da mesoderme do cérebro antigo e é controlado desde o cerebelo.

**Conteúdo dos conflitos** da dérmis ou córium:

- a) Ataque real contra a pele, inclusive os causados pelos raios ultra violeta (UV), congelamento, etc.
- b) Ataque verbal ou ataque figurativo, mancha.
- c) Sentir-se desfigurado, por exemplo, em uma amputação da mama, se a mulher sentir-se desfigurada no local da cirurgia, sentir-se feio em uma parte específica do corpo, por exemplo, depois da cirurgia.

- d) Sentir-se sujo, como quando a pele entra em contato com algo que nós interpretamos como algo desagradável, encardido, asqueroso ou repelente, por exemplo, vomito, fezes, etc.
- e) Quando nossa integridade é atacada repetidamente, por exemplo, ser acusado de algo injustamente.

**Fase CA:** Desenvolve proliferação celular no local do “ataque”, formando um melanoma compacto. O melanoma apresenta-se escuro, café ou azulado. Casos de herpes no caso de que o melanoma não seja pigmentado.

**Propósito biológico:** Prover uma capa protetora contra outro ataque deste tipo.

**Fase PCL:** O melanoma é degradado por fungos, micobactérias ou outras bactérias, de forma que muda de cor ou sangra. Quando o melanoma é decomposto por fungos, o resultado é uma infecção micótica da pele, por exemplo, onicomicose (fungos nas unhas) e dermatomicose (fungos na pele). Também encontramos a acne vulgares no caso de infecções por bactérias. Outros: Sarcoma de Kaposi e sintomas cutâneos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). O resto dos sintomas de LES originam-se de outros conflitos.

## **ECTODERME**

### **EPIDERMIS** (células epiteliais escamosas)

É um tecido derivado da ectoderme do cérebro novo e é controlado desde o córtex cerebral, na região do córtex sensorial.

### **Conteúdo dos conflitos** da epidermes:

Perda abrupta e/ou inesperada de contato físico, ou medo de perder o contato físico. O conflito é vivido como se meu filho, meu pai/mãe, meu parceiro, etc. foi “arrancado de minha pele”. Também pode ser, desejo de separar-se de alguém, por exemplo, um parceiro abusado.

**Fase CA:** Desenvolve uma ulceração da epiderme, a pele torna-se áspera, pálida, fria e com descamação. A localização da ulceração é determinado pelo local onde ocorreu a perda de contato. Também, o sentimento atrás do conflito determina onde a pele será afetada. Seja na sua fase interna/anterior ou externa/posterior do corpo (ex: pernas, braços, dedos). A fase interna/anterior responde quando a pele quer unir ao que esta se separando. A fase externa/posterior responde quando a pele quer separar, como se quisesse nos libertar de uma pessoa como defesa. Nesta fase encontramos também uma disfunção temporal da memória a curto prazo. Isto se deve a dissociação das células cerebrais no córtex sensorial.

**Propósito biológico:** A sensibilidade cutânea devida a ulceração esta diminuída e como resultado a pessoa sente cada vez menos (a perda de contato). A alteração do contato a curto prazo tem o propósito de esquecer a perda.

**Fase PCL:** Regenera-se a área da pele ulcerada, a pele torna-se quente, hiperemica (ruborizada), pruriginosa (com comichão), e edematizada (aumento do volume), produzindo desordens da pele como eczema, urticária e neurodermatite. A memória a curto prazo continua até que desapareça o edema.

**Epicrise (EC):** Apresenta, possivelmente um desmaio (lipotimia) e uma crise de ausência.

## **Outros**

**Psoríase:** Quando aparecem os conflitos de separação, que estejam em fases distintas. Uma esta na fase CA (descamação) enquanto que o outro esta na fase PCL (pele avermelhada). As duas fases sobrepõe-se na mesma área da pele. O resultado é uma descamação sobre uma superfície vermelha. Isto

ocorre como resultado de entrar em contato com traços que estiveram envolvidos durante o DHS.

Herpes: Se o vírus da Herpes estiver envolvido no processo de reparação as pequenas úlceras da pele depois do conflito de separação. A Herpes desenvolve-se na fase de cura justamente no local que foi experimentado a separação (lábios, vagina, etc). A mucosa vaginal também está controlada desde o córtex sensorial e recoberta por células do epitélio escamoso.

Outros exemplos de desordens da pele na fase de cura são as verrugas, e o vitiligo (manchas brancas na pele).

## **VITILIGO**

Conflito: Separação brutal ou feia de um ser amado.

Fase CA: Remoção ulcerativa do lado interior da epiderme, incluindo a capa de melanóforos.

Expansão das manchas brancas (despigmentação, acromias)

Disfunção da memória a curto prazo.

Fase PCL: Reparação das células com ruborização e inflamação. Remissão das manchas brancas, geralmente começa pelas bordas. A escarlatina é uma fase de cura moderada em um vitiligo generalizado.

Perda de memória “piora” na PCL – A (por edema cerebral).

Epicrise (EC): Potencial desmaios (lipotimia) e uma crise de ausência.

## **PERIÓSTEO**

É coberta de tecido conectivo que reveste o osso sobre a superfície externa. Neste local esta a inervação do osso que fornece a sensibilidade. É derivado da mesoderme do cérebro novo e controlado desde o córtex cerebral, na região do córtex pós sensorial.

### **Conteúdos dos conflitos do periósteo:**

Separação brutal com dor devida a uma separação abrupta. Também pode apresentar o conteúdo de querer separar-se de alguém ou algo, ou não querer senti algo, por exemplo, dor pessoal, ou conflito de não ser capaz de sentir.

Separação severa/brutal, medo extremo de sofrer uma separação, também quando se quer separar.

**Fase CA:** Desenvolve-se a sensação de hiperestesia (aumento da sensação) na área afetada e essa parte do corpo sente-se fria, por exemplo, os pés ou o pé. Aparecem forte dores comparáveis com dor reumática. A localização da sensação esta determinada pelo sentimento exato que reflete o conflito, ou seja, com qual área é associada o conflito de separação. É importante conhecer a lateralidade manual da pessoa.

Por exemplo, pode apresentar neuralgia do nervo trigêmeo se o conflito de separação é percebido na região do rosto.

Nesta fase encontramos também um compromisso temporal da memória a curto prazo. Isso deve-se pela dissociação das células cerebrais no córtex pós sensorial.

Pode-se classificar como um tipo de paralisia sensorial que leva a hipersensibilidade (HIPERESTESIA).

**Propósito biológico:** A sensibilidade do periósteo aumenta para sentir que isso nos foi “arrancado ou separado”. Este padrão, embora oposto ao observado na epidermes nos leva a um sensibilidade mais antiga presente na mucosa da boca ou faringe primitiva e nos derivados dos arcos brônquicos.

Também a alteração que se apresenta na memória a curto prazo tem o propósito de esquecer a separação.

**Fase PCL:** Na fase A da PCL diminuem os sintomas de hipersensibilidade, e o frio das extremidades. A perda de memória a curto prazo aumenta. Na fase B da PCL apresenta-se sensações de formigamento, hipoestesia (diminuição da sensibilidade) e entorpecimento. A memória a curto prazo retorna depois de Epi crise.

**Epi Crise:** Vai desde a crise de ausência até amnésia. Hiperestesia ou aumento na sensibilidade, sensações de “perfurações e agulhadas”. A magnitude dependerá da massa do conflito e do tamanho do edema cerebral. Desmaio potencial e amnésia.

**Fase – PCL – B:** “Formigamento”, “entorpecimentos” hipoestesia.

## **MESODERME NOVA**

**Órgãos e tecidos** que são originados a partir da mesoderme do cérebro novo:

- Baço
- Parênquima renal
- Ovários
- Testículos
- Ossos
- Músculos
- Cartilagens
- Tendões
- Tecido conectivo
- Sistema linfático
- Artérias e veias

Estes tecidos respondem a um conflito de auto desvalorização (CAD). A intensidade do CAD determina qual o tecido será afetado:

- CAD leve: Vasos sanguíneos, tecido conectivo,
- CAD moderado: cartilagem, nódulos linfáticos,
- CAD severo: afeta os ossos

Um conflito de auto desvalorização pode ser experimentado como “generalizado” (que afeta a pessoa como um todo) ou “localizado”.

A localização esta determinada pelo lugar onde experimenta-se a auto desvalorização (“não valho nada”).

### **Relação dos tipos de conflitos de auto desvalorização e ossos afetados**

**Crânio e coluna vertebral:** CAD intelectual, qualquer insulto contra o nosso intelecto (idéias, formas de pensar, opinião) pode disparar este conflito.

**Área da órbita:** CAD local, por ex: “Seus olhos parecem de um monstro”.

**Maxilares:** CAD por não ser capaz de morder.

**Ombro e cabeça do úmero:** CAD com relação a perda do auto respeito, falar de uma relação e culpar-se (“por ex: falhei como parceiro”).

**Cotovelo:** CAD por não ser capaz de reter alguém.

**Punho, mão e dedos:** Conflito de habilidade ou “lerdeza” (por ex: falha ao executar uma tarefa manual).

**Esterno:** CAD por não sentir-se bem na região do tórax. Por ex: O médico revisa o eletrocardiograma e diz: “Algo não está com o seu coração”.

**Costelas:** CAD local, por ex: depois de uma amputação das mamas (“não valho mais nada”).

**Coluna torácica:** “CAD centralizado”, quando nos sentimos desvalorizados como um todo.

**Coluna lombar/sacra:** Não sentir-se apoiado por nosso parceiro, amigos, colegas, chefe, etc.



**Pélvis e ossos púbicos:** CAD sexual, sentir-se desvalorizado abaixo da cintura.

**Ísquio:** CAD por não ter ou não possuir algo.

**Colo do fêmur e articulação do quadril:** Quando não somos capazes de agüentar, suportar ou lidar mais com uma situação.

**Joelho:** CAD de desempenho físico (e.g. nos esportes ou nas atividades físicas).

**Tornozelo e dedos do pé:** CAD de não ser mais capaz de caminhar, correr, dançar, ou deslocar-se, etc.

**Qualquer lugar específico do corpo pode ser afetado por um conflito de auto desvalorização local.**

**Fase CA:** Diminuição celular em forma de espaços nos ossos (descalcificação = osteólise = osteoporose) ou necrose, quando estão envolvidos os ovários, testículos, parênquima renal, ou o baço. Quando é severo > câncer ósseo (observar anemia)

**Fase PCL:** Com a solução do conflito o processo de degeneração é contido. Na fase de cura os espaços dos ossos e tecidos necrosados são regenerados com a ajuda de bactérias. Devido ao aumento de volume (indicado do processo de cura) o perióstio (camada que recobre os ossos) fica estendida, produzindo dor (com síndrome TCR é mais dolorosa).

Aqui encontramos:

Dor ciática

Gota (com síndrome TCR)

Artrite

Osteosarcoma (Forma-se quando o perióstio do osso é danificado, e.g. por uma punção, então as novas células crescem no perióstio).

**LEUCEMIA: A fase de cura do câncer ósseo – como consequência de um conflito de auto desvalorização severo.**

**Eritrócitos:** Células sanguíneas vermelhas, cheias de hemoglobina, uma proteína pigmentada que contém ferro ao qual une-se ao oxigênio para ser

carreado para as células do corpo. Tanto os eritrócitos como os leucócitos (células sanguíneas brancas) são produzidas pela medula óssea.

Trombócitos: plaquetas, envolvidas no mecanismo de coagulação do sangue.

**Fase 1** (por 1-3 semanas): Anemia, leucopenia e Trombocitopenia = baixa quantidade de células sanguíneas e plaquetas. Na realidade a conta está dentro da escala normal. Porém: durante (cada) fase vagotônica os vasos sanguíneos e linfáticos se expandem, resultando em um aumento em seu diâmetro, e por tanto de seu volume (até 3 a 5 vezes seu tamanho normal). O volume extra é preenchido com soro sanguíneo. O resultado: a conta de células sanguíneas por milímetro cúbico *aparece* baixa – porém de fato é normal (por que o número absoluto de células não diminuiu) => Pseudo – anemia e pseudo leucopenia (a conta das células brancas também é errada). O paciente encontra-se muito cansado (em vagotonia) porém tem bom apetite. Trombocitopenia (baixa conta plaquetária): O sangue “emagrece” – OBSERVAR: o paciente sangra facilmente – pode ter sangramento inesperado (também interno) ao qual pode levar até a um “conflito de **se desangrar**”. Resultado: As plaquetas baixam ainda mais (o paciente entra em um círculo vicioso). Nesta fase é diagnosticada como “leucemia a - leucêmica” por que não tem aumento nos leucoblastos ainda.

**Fase 2:** (depois de 3-6 semanas): Anemia e trombopenia em atividade, porém existe **AUMENTO** dos **LEUCÓCITOS**. Devido que estes novos leucócitos são imaturos e de baixa qualidade, são chamados de “leucoblastos” (precursores dos leucócitos). A razão pela qual são de baixa qualidade é por que realmente são utilizados para recheiar e reconstruir os espaços nos ossos (e para este trabalho são adequados). De fato são de baixa qualidade, que não tem a capacidade de dividir-se. Apesar de não existir mitose celular, a medicina convencional vê estes leucócitos imaturos como células cancerosas malignas. O incremento dos leucoblastos é um sinal de que a medula óssea está se curando (quanto maior a massa de conflito, maior a quantidade de leucoblastos na fase de cura).

Nota: Os leucócitos *normais* permanecem na faixa padrão – estes NÃO são afetados pelo aumento no número de leucócitos imaturos (leucoblastos).

Somente temos um aumento na quantidade no numero dos leucócitos imaturos e não dos leucócitos. A anemia é um sinal positivo de que a produção de sangue foi novamente começada. Neste fase em que a maioria dos casos de “leucemia” são detectados por que o paciente esta extremamente cansado e sente-se “doente” – também pelos sintomas de cura a nível cerebral, tais como dores de cabeça, tonturas e náuseas.

**Fase 3:** Depois de outras 3-6 semanas (dependendo da duração da fase CA) as células vermelhas começam a se multiplicar rapidamente. A qualidade destas primeiras células sangüíneas novas também é baixa. São chamadas de normoblastos. A medicina convencional também rotula estas células vermelhas imaturas como malignas (“Eritemia” = muitos normoblastos) Se a conta de leucoblastos e normoblastos é muito alta (com uma grande massa de conflito) os hematologistas rotulam a “doença” como “Eritroleucemia” que freqüentemente é tratada com altas doses de quimio. As complicações potenciais durante esta fase 3 são: fraturas espontâneas, as quais podem ocorrer se a fase CA for de longa duração.

**Fase 4:** O paciente esta fora da área de perigo. Os leucoblastos e normoblastos imaturos são degradados pelo fígado e eliminados. A partir disso, começa a produção de células de boa qualidade. A contagem plaquetária também volta a normalidade. O paciente sai da sua etapa de vagotonia/fadiga – por que com melhores eritrócitos transporta-se mais oxigênio para as células. A anemia precedente tinha um claro propósito biológico: O cansaço força o individuo a não ficar tão ativo, de forma que os ossos possam cicatrizar evitando o risco potencial de fratura. A natureza sempre cuida dos organismos!

**MUSCULATURA ESTRIADA** (tecido muscular derivado da mesoderme nova, controlado desde a substancia branca).

Estes tecidos respondem a um conflito de auto desvalorizado (CAD)

Um conflito de auto desvalorização pode ser sentido como “generalizado” (afeta a pessoa como um todo) ou “localizado”.

A localização é determinada pelo local onde é experimentado a auto desvalorização (“aqui não valho nada”).

**Fase CA:** Diminuição celular do tecido muscular, **rabdomiólise**, necrose, atrofia muscular, distrofia muscular.

**Fase PCL:** Com a solução do conflito o processo de degeneração é contida. Na fase de cura, a atrofia do tecido necrosado são regenerado com a ajuda de bactérias. Devido ao aumento do volume (indicador do processo de cura), as fascias musculares (camada que recobre os músculos) ficam inflamadas, ao qual gera dor (com síndrome TCR aumenta a dor).

Aqui encontramos:

Dores musculares, câimbras, miosites, rabdomiomas, rabdomiosarcomas.

**Relação dos tipos de conflitos de auto desvalorização e áreas musculares afetadas.**

**Crânio e coluna cervical:** CAD intelectual, qualquer insulto contra nosso intelecto (idéias, forma de pensar, opinião) pode disparar este conflito.

**Área da órbita:** CAD local, por ex: “teus olhos são de um monstro”.

**Maxilares:** CAD por não ser capaz de morder.

**Ombro e cabeça do úmero:** CAD com relação a perda do auto respeito, falhar em uma relação e culpar-se (por ex: “falhei como parceiro”).

**Cotovelo:** CAD por não ser capaz de reter alguém.

**Punho, mão e dedos:** Conflito de destreza ou “lerdeza” (por ex: falhar ao realizar uma tarefa manual).

**Esterno:** CAD por que alguma coisa não esta bem no tórax. Por ex: o médico revisa o eletrocardiograma e diz:” algo não esta bem em seu coração”.

**Costelas:** CAD local, por ex: depois de uma retirada de mama (“aqui não valho nada”).

**Coluna torácica:** “CAD centralizado”, quando nos sentimos desvalorizados como um todo.

**Coluna lombo-sacra:** Não sentir-se apoiado ou não ser apoiado por nosso parceiro, amigo, colegas, chefe, etc.

**Pélvis e osso púbico:** CAD sexual, sentir-se desvalorizado abaixo da cintura.

**Ísquio:** CAD por não ser capaz de ter ou possuir algo.

**Colo do fêmur e articulação do quadril:** Quando não somos capazes de agüentar, suportar ou manejar mais uma situação.

**Joelho:** CAD de desempenho físico (e.x: nos esportes ou na atividade física)

**Tornozelo e dedos do pé:** CAD por não ser capaz de caminhar, correr ou deslocar-se, etc.

**Qualquer local específico do corpo pode ser afetado por um conflito de auto desvalorização local.**

### **Baço**

**Conflito:** Conflito de sangrado ou de ferida (ver sangue, grande hemorragia, “choque de diagnóstico”, “câncer de sangue”).

**Fase CA:** Necrose do baço, quantidade de plaquetas diminuem. Trombócitos deixam a circulação sanguínea periférica e se dirigem a área da ferida (contração do baço).

**Fase PCL:** A perda do tecido é regenerada, esplenomegalia > aumento do tamanho do baço, fica maior com a “Síndrome TCR”. Na fase PCL o baço permanece com o tamanho aumentado.

### **NÓDULOS LINFÁTICOS (Gânglios)**

**Conflito:** Conflito de auto desvalorização moderado. Os gânglios afetados são os mais próximos do osso ou articulação que correlaciona-se especificamente com a auto desvalorização, e.x: Os nódulos linfáticos que se encontram na região axilar são os que são afetados quando uma mulher sente “que não vale nada” no local da amputação da mama.

**Fase CA:** Necrose dos nódulos linfáticos afetados.

**Fase PCL:** A perda do tecido é regenerada através da multiplicação celular > linfoma ou **Morbus** Hodgkin

## VASOS SANGUÍNEOS – TECIDO CONECTIVO – TECIDO ADIPOSEO

**Conflito:** Auto desvalorização “leve”.

Estes tecidos respondem a um conflito de auto desvalorização (CAD)

Um conflito de auto desvalorização pode ser sentido como “generalizado”(afeta a pessoa como um todo) ou “localizado”.

A localização é determinada pelo lugar onde experimenta-se a auto desvalorização (“aqui não valho nada”).

**Utiliza-se os mesmos conflito e áreas nos ossos e músculos.**

### Vasos sanguíneos

**Fase CA:** Necrose da parede do vaso afetado

**Fase PCL:** Reparação do vaso sanguíneo com cálcio e depósito de gordura (colesterol); cura pendente > arteriosclerose.

Reparação + inflamação é chamada comumente de “**trombo**”.

### Exemplo de veias da perna:

**Conflito:** Arrastar um peso; Alguém ou algo / uma situação está “atada nas pernas” (ou arrastar até abaixo).

**Fase CA:** Necrose da parede das veias afetadas.

**Fase PCL:** Reparação do vaso sanguíneo com novas células; **veias varicosas; tromboflebites.**

**NOTAR EXCEÇÃO (NOTAR EXCEPTION)**

## MUSCULATURA LISA DOS VASOS SANGUINEOS

É uma combinação dos tecidos endodérmicos com mesodérmico novo. Junto com a musculatura lisa dos órgãos do canal alimentar, a camada muscular dos vasos sanguíneos, e parte do miocárdio, são controlados desde o mesencéfalo. Manifesta-se organicamente com o padrão dos órgãos do cérebro novo, ou seja, apresentem necrose na fase ativa do conflito e proliferação celular na fase de solução do conflito.

**Conflito:** Necessidade de reforçar a parede do vaso sanguíneo.

**Propósito biológico:** A musculatura do vaso sanguíneo se reforça e enquanto o interior necrosa (combinação de superposição dos tecidos de distintas folhas germinativas)

**Fase CA:** Necrose interna, hipertrofia muscular para prevenir perfuração

**Fase PCL:** Reparação da necrose interna (ateroesclerose). A musculatura lisa permanece reforçada.

## TECIDO CONECTIVO

**Fase CA:** Necrose

**Fase PCL:** Reparação da necrose com novas células, quando os estafilococos estão envolvidos > **Furunculose.**

## TECIDO ADIPOSEO

**Conflito:** Auto desvalorização, “**estou muito gordo**”

**Fase CA:** necrose, ossos = celulite

**Fase PCL:** Reparação da necrose com tecido adiposo = **lipoma**,  
**celulite** = cura pendente lipomatosa

## **MESODERME NOVA**

### **CORTEX SUPRA RENAL**

**Conflito:** Ter sido desviado do caminho, ir em direção equivocada, ter tomado uma decisão errada.

**Fase CA:** Necrose do córtex supra renal, sentir-se exausto, doença de Addison (insuficiência adreno cortical primária crônica).

**Fase PCL:** Reparação da necrose, cisto adrenal, doença de Cushing (hipercortisolismo)

### **OVÁRIOS E TESTÍCULOS**

**Conflito:** Conflito de perda profunda, devido a morte ou o abandono de um ser amado.

**Lateralidade:** Correlação cruzada desde o cérebro até o órgão.

**Fase CA:** Degeneração celular em forma de necrose.

**Fase PCL:** A perda do tecido é regenerada, formando um cisto ovariano/testicular, que leva cerca de 9 meses para amadurecer (endurecimento). Durante este tempo adere-se a tecidos vizinhos para adquirir vasos para se nutrir. É daí que se interpreta que ele está “invadindo”. Depois deste tempo de forma natural desprende-se desses tecidos e fica um cisto funcional que produza hormônios sexuais.

Aqui encontramos: Tumor ovariano/ testicular, “câncer de ovários/testículos invasivo”; A endometriose é resultado de uma ruptura do



cisto em formação antes da maturação, isto faz com que se regue o tecido em crescimento e em cada lugar onde ficam estas células que produzem um crescimento do tecido.

## **PARENQUIMA RENAL**

**Conflito:** Conflito de água ou de líquido (afogar-se, estresse inesperado onde a água ou o elemento líquido esta envolvido).

**Lateralidade:** NÃO SE APLICA, pois o tecido é controlado ainda pelo tronco cerebral.

**Fase CA:** Degeneração celular em forma de necrose, hipertensão para compensar a perda de tecido, insuficiência renal potencial.

**Fase PCL:** A perda do tecido é regenerada, incremento celular em forma de cisto renal, câncer renal. Outros: nefroblastoma, tumor de Wilms.

## **ECTODERME**

### **MUSCULATURA ESTRIADA (função motora)**

Este tipo morfológico de músculo que tem controle voluntário (exceto o miocárdio que é estriado porém não voluntário).

**Conteúdo dos conflitos** da musculatura estriada:

Geralmente obedecem a um conteúdo de motricidade, por exemplo, não ser capaz de escapar, não se capaz de retirar-se ou fugir, ou não poder se liberar ao ser ou estar preso. Os grupos musculares afetados estão relacionados diretamente com a natureza do conflito:

**Membros pélvicos:** São afetados quando o conflito é sentido como “sentir-se preso”, por exemplo, ao imaginar-se confinado em uma cadeira de rodas, sentir-se aprisionado, amarrado a terra, atado, sentir-se incapaz de seguir algo ou alguém, tanto no sentido literal como no sentido figurado, sentir-

se incapaz de levantar-se ou de escalar, por exemplo não ser promovido no trabalho.

**Membros torácicos:** São afetados quando o conflito é experimentado como incapacidade de compreender algo ou alguém, tanto no sentido literal como no sentido figurado, ou incapacidade de atrair alguém para si.

**Ombro e/ou coluna:** São afetados quando o conflito é experimentado como incapacidade de se afastar rapidamente, ou sair do caminho.

**Face:** Esta musculatura responde como conflito de ter sido ridicularizado, "devia ter visto a sua cara", perda da dignidade, ter sido feito de tolo, ou ser objeto de chacota.

**Fase CA:** Desenvolve-se uma paralisia motora. Neste nível manifesta-se como padrão de doença equivalente ao câncer com perda ou diminuição da função do órgão afetado.

**Propósito biológico:** Devido a musculatura esquelética esta innervada por duas áreas:

- a) Substancia branca, ao qual controla a regeneração do tecido muscular (por exemplo na fase ativa é produzida atrofia do músculo) e
- b) O córtex cerebral motor, que controla o movimento voluntário, o significado útil pode encontrar-se tanto na fase de cura (para a musculatura innervada desde a substancia branca) como na fase ativa do conflito (para a musculatura innervada desde do córtex cerebral):

Na segunda fase (PCL) o músculo deixa de atrofiar-se e regenera-se podendo chegar a hipertrofia, de forma que o músculo fique mais forte que antes.

Na primeira fase (CA) ao ficar paralisado ante a ameaça de um predador pode representar para a presa uma oportunidade para passar despercebido (reflexo de fazer-se de morto).

**Fase PCL:** Na fase A da PCL pioram ou se intensificam a paralisia. Isto deve-se ao edema cerebral.

**Epi-Crise:** Expressa-se na forma de uma crise epilética. A crise pode ser generalizada como um *grande mau* ou crise tônica-clônica, com salivação e mordedura da língua, ou pode manifesta-se como uma crise focal, compreendendo somente os grupos musculares ou músculos que se viram afetados quando ocorreu o conflito de motricidade. A atividade muscular durante a epi-crise **contrarresta** a paralisia com expressão de máximo movimento. A crise epilética é um sinal visível de que o corpo luta para retornar a normalidade. Se não apresentar uma recaída do conflito que interrompa a fase de cura, a habilidade de mover os músculos regressa lentamente.

Algumas outras manifestações que envolvem “desordens” devido a processos de cura pendente são a doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, e a esclerose múltipla (junto com a paralisia sensorial).

**Conflito:** Não poder se mover, sentir-se atordoado, preso, não poder manter ou rechaçar algo (braços e pernas\*) não poder fugir, seguir ou acompanhar (pernas) não poder esquivar (musculatura do dorso/ombro).

A localização do músculo ou grupos musculares compreendidos esta determinada pelo sentido exato que reflete o conflito, ou seja, com qual área é associada o conflito de sentir-se atordoado ou preso. É importante conhecer a lateralidade manual da pessoa.

Pode ser experimentado os conflitos motores *in útero*, apresentando-se como problemas motores ao nascimento.

**Fase CA: PARALISIA MOTORA.** Limitação motora ou perda da capacidade de mover o/os músculo(s). O grau de disfunção estará determinado pela intensidade do DHS. A transmissão dos impulsos nervosos é lenta.

**Propósito biológico:** Reflexo de fazer-se de morto.

**Fase PCL – A:** “Pioram” a debilidade e a paralisia devido ao edema cerebral da fase de reparação no foco de Hamer do córtex motor.

**Epi Crise (EC): CRISE EPILÉTICA.** A intensidade ou grau do quadro depende da magnitude do conflito. Sintomas: convulsões, espasmos musculares, fasciculações, tremores.

**Fase – PCL – B:** A condição da paralisia melhora (se é que não exista recaídas do conflito ou tracks).

Observar tracks (pistas). As vezes a condição de cura pendente no mesmo momento da EPI CRISE, já que a pessoa desconhece que ocorre e gera um novo conflito motor.

OUTROS: Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica.

### **EXEMPLO DE CONFLITO MOTOR LOCALIZADO:**

**Conflito:** “Estar mau”, ter sido ridicularizado, me viram a cara.

**Fase CA:** Paralisia fácil (de Bell); “embolia”

**Fase PCL:** Retorno lento da inervação dos músculos faciais.

**EC:** Contrações dos músculos faciais.

### **EXEMPLO DE ENFERMIDADE PRODUZIDA POR COMBINAÇÕES DE CONFLITOS DE DISTINTOS TECIDOS E NIVEIS CEREBRAIS:**

#### **SBS de ESCLEROSE MULTIPLA:**

##### **Fase CA:**

Hipersensibilidade (conflito de separação)

Paralisa (parcial ou total) muscular (conflito motor como resultado do diagnostico)

Atrofia muscular (conflito de auto desvalorização)

##### **Fase PCL – A:**

Formigamento, entumecimento, hipoestesia (diminuição da sensibilidade)

Paralisia motora “piora” (edema cerebral)

Atrofia muscular piora devido a mais auto desvalorização.

**EPI CRISE (EC):** Tiques incontrolláveis, espasmos musculares (EC em balance), hipersensibilidade, neuralgia.

**Fase PCL – B:** Condição retorna a normalidade (se não houver recaídas).

## **ECTODERME**

**Córtex cerebral:** Lóbulo frontal, lóbulo temporal, córtex motor, córtex (pós) sensorial, centro da glicose, córtex visual.

### **Lóbulo frontal**

Hemisfério esquerdo: Centro de controle de revestimento dos duto  
tiroídeos (conflito: sentir-se sem poder, impotência” não tenho o controle”)

Hemisfério direito: Centro de controle de revestimento dos duto  
faríngeos (Conflito: de medo frontal, um medo de algo que se move ou vem até nós e pelo qual somos incapazes de nos acostumarmos,e.x: o golpe de um diagnóstico de câncer).

### **Esmalte dental**

Controla a função do esmalte dos dentes, antes a conflitos de não poder devolver a “mordida” a alguém **que arremete em contra de uno**

### **Centro da glicose**

Controla a função dos islotes de células pancreáticas alfa e beta. Os conflitos correspondentes são:

Hemisfério esquerdo: “conflito de desgosto – medo”, uma experiência chata (**enfadosa**) ou ofensiva com algo que cause desgosto) que produz hipoglicemia.

Hemisfério direito: “Conflito de repulsão” (ser forçado a fazer algo que nos cause repulsão a fazer) produzindo diabetes.

### **Córtex motor**

Controla a musculatura estriada, incluindo a musculatura laríngea e brônquica.

A musculatura esquelética é innervada desde:

- a) A medula encefálica que controla a regeneração de tecido muscular. Neste caso os músculos são afetados devido a um

leve moderado conflito de auto desvalorização com presença de atrofia muscular na fase ativa do conflito.

- b) O córtex motor que controla o movimento. Neste caso os músculos são afetados devido a um conflito motor levando a uma paralisia motora.

Conflito: Conflito motor – Não ser capaz de escapar, não ser capaz de fugir ou retirar-se, um grande medo de não ser capaz de mover-se (esclerose múltipla). A natureza exata do conflito determinará quais os músculos serão afetados. Podem afetar, somente um músculo, um grupo, uma extremidade completa ou o corpo inteiro.

### **Córtex sensorial**

Inerva:

Epiderme: (conflito de separação > “arrancando a minha pele”).

Condutos galactófaros (conflito de separação > “arrancaram meio seio”).

### **Córtex temporal**

Recobrimento da laringe (conflito de medo – susto feminino).

Recobrimento dos tubos brônquicos (medo dentro do território/domínio masculino)

Recobrimento das artérias coronarianas (medo ou ameaça de perder o território ou a algum membro do mesmo).

Recobrimento das veias coronárias (conflito de frustração sexual feminina).

Curvatura menor do estômago (raiva, ira, cólera no território).

Recobrimento da parte distal do reto (conflito de identidade, “a quem pertença?”)

### **Córtex pós sensorial**

Controla o periósteo (conflito: Separação brutal).

Membrana mucosa da pélvis renal, ureter, bexiga, uretra (conflito de **desubicación** do território). Recobrimento das vias urinárias (conflito de marcação territorial, quando uma pessoa não respeita o limite real ou figurado).

### **Córtex visual/lóbulo occipital**

Controla a retina (conflito: perigo nas costas ou por trás).

Corpo vítreo: (conflito: medo de alguém, um predador” que vem por trás).

### **CONDUTOS TIROÍDEOS**

O revestimento destas estruturas consiste no epitélio de origem ectodérmica. É controlado desde o córtex cerebral frontal, no hemisfério esquerdo.

**Conteúdo dos conflitos** do epitélio e dos condutos tiroídeos:

Sentir-se impotente “não tenho o controle”, “minhas mãos estão presas”, “algo urgente tem que ser feito e ninguém está fazendo nada”.

**Fase CA:** Observa-se ulcerações carcinomatosas no conduto tirogloso que antes era um conduto aberto até o exterior, **que foi fechado sendo agora glândula endócrina (y que se há cerrado siendo ahora glândula endócrina)**. As úlceras podem ser percebidas como pontadas na tireóide.

**Propósito biológico:** A ulceração gera maior luz nos condutos tiroídeos o que permite maior condução de Tiroxina ao fluxo sanguíneo. Com maior quantidade de Tiroxina, o organismo encontra-se em melhor posição para “tomar o controle”.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada, e produz um aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação. O aumento de volume pode produzir congestão do fluido dos condutos tireóideos, dando como resultado a formação de nódulos, que eventualmente pode transformar-se em um cisto. Com conflitos repetidos o cisto fica mais duro. Os cistos no pescoço são traduzidos como bócio eutireóideo ou bócio benigno. Também podem formar-se na região mediastínica ou na área retroesternal. Devido a

formação dos cistos nos condutos tiroídeos, menos tiroxina é liberada na corrente sanguínea. Recaídas constantes ou uma situação de cura pendente produzem um fornecimento baixo de tiroxina (Isto NÃO é o que se chama clinicamente de “hipotireoídismo”, este ultimo é uma desordem da glândula tiroídea ao qual controla desde o tronco cerebral).

**N.B:** Comparar com glândula tireóide endodérmica.

### **CONDUTOS FARINGEOS (condutos dos arcos brônquicos)**

O revestimento destas estruturas consiste no epitélio de origem ectodérmico. É controlado desde o córtex cerebral frontal, no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** do epitélio dos condutos faríngeos:

Medo frontal, ser confrontado de maneira inesperada com medo, grande temor de ir até uma situação perigosa, por exemplo, de ter câncer (“conflito de medo de câncer”, as vezes desencadeado por um rumor de um diagnóstico de câncer), temor de algo que venha até nós e que não podemos afastá-lo.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio escamoso dos condutos faríngeos (antigos arcos brônquicos) não funcionais e revestido de epitélio plano. As vezes ocasionam ligeiras dores no pescoço.

**Propósito biológico:** Remonta ao medo arcaico da sufocação. A ulceração gera maior luz nos condutos faríngeos. Os arcos faríngeos são equivalente a amígdalas (agallas) que extraem oxigênio da água e o processam para o sistema. O aumento do diâmetro da luz dos condutos permite maior ingresso de oxigênio.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação. O aumento do volume pode produzir congestão do fluido dos condutos faríngeos, dando como resultado a formação de cistos que contem liquido seroso e que podem localizar-se em todo o mediastino até o diafragma. Com conflitos repetidos os



cistos endurecem. A proliferação de cistos no pescoço/ombro são diagnosticadas as vezes como linfoma de Hodgkin. Se estes estiverem no mediastino são diagnosticados como carcinoma brônquico de células pequenas (câncer celular em aveia (avena)). Com uma síndrome dos túbulos coletores renais o aumento do volume pode ser muito grande.

**Epi Crise:** Durante esta fase, os cistos de tamanho grande podem pressionar a traquéia, e pode ocasionar um episódio de asfixia ou estrangulamento.

### “CENTRO DA GLICOSE”

Este controla a função dos islotes da células pancreáticas alfa e beta. Os conflitos correspondentes são:

No **hemisfério esquerdo**: conflito de desgosto-medo-asco, uma experiência incomoda ou ofensiva com algo ou alguém que cause desgosto-asco. Como resultado produz-se hipoglicemia (diminuição do nível de glicose no sangue)

No **hemisfério direito**: conflito de repulsão, ser forçado ou **orillado** a fazer algo que nos cause repulsão ao fazer, resistência e luta, negação, oposição. Como resultado causa hiperglicemia como observada na diabetes mellitus tipo 2.

Os conflitos que impactam no “centro da glicose”, estão determinados pela lateralidade, o sexo, e o estado hormonal da pessoa. Com uma mudança na manipulação do estado hormonal, a manifestação ao nível orgânico, ou seja, o tipo de doença ou dos sintomas também mudam.

### CENTRO DO GLUCAGON (Islotes das células Alfa)

#### Glucagon estimula o AUMENTO de glicose

No **hemisfério esquerdo**: conflito de desgosto-medo-asco, uma experiência incômoda ou ofensiva com algo ou alguém que cause desgosto-

asco. Como resultado produz-se hipoglicemia (diminuição do nível de glicose no sangue).

**Fase CA:** Perda funcional progressiva das células Alfa dos islotes pancreáticos (insuficiência de glucagon). Progressivo avanço da hipoglicemia “voy como em algodones”, “fraquejou uma das pernas”.

**Propósito biológico:** aumento do consumo de nutrientes (sempre com fome) para compensar o aumento da glicose usada pelo organismo.

**Fase PCL:** Subida lenta da glicemia.

**Epicrise:** Pode desencadear uma breve hipoglicemia, e logo uma longa e forte subida da glicemia.

### **CENTRO DA INSULINA( Islotes de células Beta)**

**Insulina estimula a DIMINUIÇÃO da glicose**

No **hemisfério direito:** Conflito de repulsão, ser forçado ou **orillado** a fazer algo que nos causa repulsão ao fazer, resistência e luta, negação, oposição. Como resultado pode ser produzido hiperglicemia como observada na diabetes mellitus tipo 2.

**Fase CA:** Hiperglicemia por falta de insulina devido ao déficit funcional progressivo das células Beta. No caso de conflito central possível simultaneidade de diabetes + hipoglicemia.

**Propósito biológico:** A resistência produz aumento do tônus de tensão muscular, este processo requer um alto consumo de glicose.

**Fase PCL:** O nível da glicemia volta a baixar lentamente.

**Epi-Crise:** Breve hiperglicemia e posteriormente uma hipoglicemia pouco duradoura. No caso de um conflito central podem apresentar alterações de ascensão e descenso dos valores de glicemia.

### **Córtex motor**

Controla a função motora das musculatura estriada, incluindo as musculaturas laríngeas e brônquicas.

A musculatura esquelética é innervada desde:

- a) A medula encefálica que controla a regeneração de tecido muscular. Neste caso os músculos são afetados devido a um conflito de auto desvalorização leve ou moderado, com presença de atrofia muscular na fase ativa do conflito.
- b) O córtex motor que controla o movimento. Neste caso os músculos são afetados devido a um conflito do tipo motor, como não ser capaz de escapar, de fugir ou se retirar, um grande medo de não ser capaz de movimentar-se, por ex. na Esclerose múltipla, produzindo uma paralisia motora.

A natureza exata do conflito determinará quais músculos serão afetados. Podem afetar somente um músculo, um grupo muscular, uma extremidade completa ou o corpo inteiro.

### **MUSCULATURA BRÔNQUICA**

É uma camada de tecido muscular liso que se encontra presente ao longo das diferentes subdivisões dos brônquios. É derivado da mesoderme do cérebro novo e é controlado desde o córtex cerebral, na região do córtex motor no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** da musculatura brônquica:

Medo territorial, um medo, terror ou susto dentro do domínio territorial, incluindo os membros no mesmo. O adversário ainda não invadiu o território, porém o perigo (ameaça) é iminente.

### **Fase CA:**

Embora a musculatura brônquica seja controlada desde o córtex motor, a fase ativa não avança como uma perda tissular, mas uma paralisia parcial da musculatura brônquica como no caso da musculatura estriada controlada também pelo córtex cerebral motor. A magnitude da paralisia está determinada pela massa do conflito. Os sintomas que observa-se são: dispnéia (dificuldade de respirar), que neste caso específico apresenta dificuldade para inalar. A exalação encontra-se estendida.

**Fase PCL:** Nesta fase apresenta-se espasmos no músculo liso brônquico, com tosse severa causando convulsões da musculatura brônquica. Este tipo de tosse não é produtiva, ou seja, tosse seca, sem mucosidade e sem expectoração.

### **Epi-Crise:** Acesso ou ataque de tosse (crise epilética local).

Uma mulher canhota responde com tosse brônquica na fase curativa de um conflito de susto (ver mais abaixo).

Asma brônquica: aqui temos dois programas ocorrendo ao mesmo tempo:

- 1) Um conflito de medo territorial no relê da musculatura brônquica localizado no córtex fronto/temporal do hemisfério direito.
- 2) Outro conflito ativo no lado oposto no córtex fronto/temporal do lado esquerdo.

O anterior apresenta como resultado uma “constelação esquizofrênica”. A asma brônquica expressa-se como convulsões da musculatura brônquica, que se move em direção à boca ou para fora. O resultado é o típico sibilo e a prolongada expectoração dos asmáticos (sibilancias).

## MUSCULATURA LARÍNGEA

É formada pelo tecido músculo – esquelético. É derivado da mesoderme do cérebro novo e é controlado desde o córtex cerebral, na região do córtex motor do hemisfério esquerdo.

**Conteúdo dos conflitos** da musculatura laríngea:

Pânico, susto ou choque de medo, disparado por um perigo inesperado. Sentir-se petrificado, sem poder se mover. Tipicamente o DHS vem junto com uma incapacidade de falar, literalmente ficamos sem fala. A razão disto é que o relê que controla a musculatura laríngea encontra-se na área de Brocá, ou seja, a área responsável pela fala. Quando a área de Brocá recebe um impacto, apresenta como resultado a perda da fala, gagueira, ou a fala de palavras entrecortadas.

**Fase CA:** Embora a musculatura brônquica seja controlada desde o córtex motor, a fase ativa não avança como uma perda tissular, mas uma paralisia parcial da musculatura laríngea como no caso da musculatura estriada controlada também pelo córtex cerebral motor. A magnitude da paralisia esta determinada pela massa do conflito. Os sintomas que observa-se são: dispnéia (dificuldade de respirar), que neste caso específico apresente dificuldade para inalar. A exalação encontra-se estendida.

**Fase PCL:** Nesta fase apresenta-se espasmos do músculo liso laríngeo, com tosse severa causado pelas convulsões da musculatura laríngea. Este tipo de tosse não é produtiva, ou seja, tosse seca, sem mucosidade, sem expectoração.

**Epi-Crise:** Acesso ou ataque de tosse (forma de crise epilética focal)

Um homem canhoto responde com tosse laríngea na fase de cura de um conflito de susto (ver mais abaixo).

Asma laríngea: aqui temos dois programas ocorrendo ao mesmo tempo (como na asma de origem brônquica)

1. Um conflito ativo de medo/susto/pânico no relé da musculatura laríngea, localizado no córtex fronto/temporal do hemisfério esquerdo.
2. Outro conflito ativo do lado oposto no córtex fronto/temporal do lado direito.

O anterior apresenta como resultado uma “constelação esquizofrênica”. A asma laríngea expressa-se como convulsões da musculatura laríngea, que se move para dentro (em las que dichas convulsiones se mueven em direcion hacia adentro). O resultado é o típico inspiração prolongada e ofegante (por el aire de la gente com asma laríngeo), chama-se de estridor laríngeo (comparar com asma brônquica).

O estado asmático é uma constelação esquizofrênica que envolve ambos os relês da musculatura brônquica e laríngea. O ataque severo de asma apresenta-se durante a epi-crise, com sérias dificuldade de inalar e exalar.

### **Córtex temporal**

No córtex dos lóbulos temporais direito e esquerdo, encontramos uma situação totalmente nova. Além da lateralidade, o sexo, o estado hormonal da pessoa tem que ser levado em consideração. O hemisfério cerebral esquerdo corresponde ao que o Dr. Hamer chama de lado feminino, e o hemisfério cerebral direito ao lado masculino.

Existe uma correlação entre a lateralidade, o estado hormonal e o sexo da pessoa. Que um conflito no lóbulo temporal atinja o hemisfério esquerdo/feminino ou o direito/masculino, esta determinado pelo estado hormonal, já que este determina que o conflito seja experimentado de um modo feminino ou masculino. A lateralidade determina o lado do cérebro em que o conflito impactará. A correlação entre a área do cérebro afetada e o órgão correspondente é sempre inequívoca.

O estado hormonal entendido como o nível de hormônios sexuais (estrógenos ou testosterona), tem uma influencia significativa na forma em que

se experimenta o conflito e conseqüentemente em que tipo de doença pode se esperar.

A seguir, mencionamos os estados que se pode encontrar:

a) Estado hormonal normal.

Uma mulher destra em seu primeiro conflito no córtex temporal no hemisfério esquerdo. Porém também com este primeiro conflito feminino, o lado esquerdo/feminino se “fecha” a maior atividade. Com o lado esquerdo/feminino fechado a mulher torna-se mais masculina.

Um homem destro responde a seu primeiro conflito no córtex temporal no hemisfério direito. Porém, também com este seu primeiro conflito masculino, o lado direito/masculino se fecha a mais atividade. Com o lado direito/masculino fechado o homem torna-se mais feminino (fenômeno do lobo secundário).

Para as pessoas canhotas acontece ao contrário.

Uma mulher canhota em seu primeiro conflito no córtex temporal no hemisfério direito. Porém também com este primeiro conflito masculino, o lado direito/masculino se “fecha” a mais atividade. Com o lado direito/masculino fechado a mulher torna-se mais feminina (duplamente feminina).

Um homem canhoto responde a seu primeiro conflito no córtex temporal no hemisfério esquerdo. Porém, também com este seu primeiro conflito feminino, o lado esquerdo/feminino se “fecha” a mais atividade. Com o lado esquerdo/feminino fechado o homem torna-se mais masculino (duplamente masculino).

b) Estado hormonal desequilibrado

b.1) Desequilíbrio hormonal induzido, devido a fármacos (anticoncepcionais hormonais, fármacos bloqueadores de hormônios, quimioterapia) que suprimem os estrógenos/testosterona.

b.2) Desequilíbrio natural, “laço (empate) hormonal”

Uma mulher encontra-se em “laço (empate) hormonal”, durante a puberdade, a gestação, a lactância, a menopausa, ou quando seus ovários são extraídos cirurgicamente ou irradiados. Como resultado, seus hormônios masculinos ultrapassam os níveis dos hormônios femininos. Com a mudança do estado hormonal, a identidade biológica também muda. O nível baixo ou suprimido de estrógenos, fecha o lado feminino para maiores atividades. Como resultado, uma mulher em “laço (empate) hormonal” ou com um nível de estrógenos suprimida torna-se mais masculina, ou seja, desenvolve um caráter masculino. Devido que o lado feminino encontra-se fechado, ela responderá ao seu primeiro conflito temporal no hemisfério cerebral direito/masculino.

Uma homem encontra-se em “laço (empate) hormonal”, quando os testículos ou a próstata são extraídos cirurgicamente ou quando alcançou uma idade em que hormonalmente já é capaz de ter uma resposta masculina (quando o nível de testosterona é baixo e menor que o nível de estrógenos). Com a mudança do estado hormonal, a identidade biológica também muda.

O nível baixo ou suprimido de testosterona, fecha o lado masculino para maiores atividades. Como resultado, um homem em “laço (empate) hormonal” ou com um nível de testosterona suprimida torna-se mais feminino, ou seja, desenvolve um caráter feminino suave. Devido que o lado masculino encontra-se fechado, ela responderá ao seu primeiro conflito temporal no hemisfério cerebral esquerdo/feminino.

No hemisfério ESQUERDO e anterior para posterior localizam-se:

- Na mucosa da laringe e sua musculatura. O conteúdo do conflito é de medo ou susto. Também um choque de medo.
- O recobrimento das veias coronárias (endotélio) e do cérvix uterino. O conteúdo do conflito é de frustração sexual ou



de rechaço sexual. É o conflito de “não ser capaz de acasalar com”. Também apresenta-se em casos de abusos sexuais ou violações.

- O recobrimento da parte distal do reto. Seu conteúdo do conflito é de identidade, de não saber a onde pertence.
- O epitélio plano da mucosa da bexiga (parte direita) e o epitélio transicional do ureter e pélvis renal direito. O conteúdo do conflito é de não ser capaz de marcar fronteiras ou limites territoriais internos.

Este é o lado dos conflitos femininos, reflete o modo “feminino” de sentir o conflito.

No hemisfério DIREITO e de anterior a posterior localizam-se:

- O recobrimento do tubos brônquicos e sua musculatura. O conteúdo do conflito é de medo no território ou domínio.
- O recobrimento das artérias coronárias (endotélio) e das vesículas seminais. O conteúdo do conflito é de perda de território inesperada, do domínio ou de algum membro deste, de medo de perder o domínio ou de alguma ameaça ao domínio.
- A curvatura menor do estômago, o recobrimento dos condutos biliares e pancreáticos. O conteúdo dos conflitos é de raiva, ira ou cólera no território.
- O epitélio plano da mucosa da bexiga (parte esquerda) e o epitélio transicional de ureter e pélvis renal esquerda. O conteúdo do conflito é de não ser capaz de marcar as fronteiras ou limites de território.

Estes é o lado dos conflitos masculinos (territoriais). Reflete o modo “masculino” de experimentar um conflito. O território é nosso domínio.

## MUCOSA BRÔNQUICA

É o revestimento que cobre os brônquios. Formado pelo epitélio escamoso, de origem ectodérmica, controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** da mucosa brônquica:

Medo Territorial, um medo, terror ou susto dentro do domínio territorial, incluindo os membros do mesmo. O adversário ainda não invadiu o território, porém o perigo (ameaça) é iminente.

**Fase CA:** A mucosa brônquica é controlada desde o córtex sensorial, a fase ativa põe em atividade o padrão de perda tissular, com ulceração do epitélio escamoso.

**Propósito Biológico:** A perda de células aumenta a luz brônquica, permitindo maior ingresso de oxigênio, com o qual o organismo está melhor preparado para evitar o perigo da perda do território.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada, também apresenta edema agudo. O edema da mucosa brônquica pode bloquear o brônquio produzindo tosse. Como resultado do edema nos brônquios, estes somente adquirem pouco ar e observa-se atelectasia brônquica.

Bronquite com tosse, expectoração com remanescentes da reparação. Outros sintomas de cura são fadiga, cefaléias e febre.

Pneumonia é a condição resultante de uma dramática fase de cura, na qual está envolvida uma “síndrome do túbulo coletor renais”. A epi-crise da pneumonia (fase pneumônica) pode ser muito perigosa especialmente quando a massa do conflito é grande. Quando o conflito tem durado mais de 8 a 10 meses, a crise pode ser fatal.

No carcinoma brônquico observa-se a proliferação celular da fase de reparação é muito grande.

**Epi-Crise:** Devido que a mucosa brônquica esta inervada desde o córtex sensorial, a crise epileptóide pode acompanhar a perda da consciência (observada as vezes durante o sono).

## **MUCOSA LARINGEA**

É o revestimento do epitélio da mucosa da laringe. É de origem ectodérmico e é controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério esquerdo.

**Conteúdo dos conflitos** da mucosa laríngea:

De pânico, susto ou choque de medo, disparado por um perigo inesperado que lhe deixa sem respiração (reação feminina, o individuo masculino passaria a seguir a um ataque).

**Fase CA:** A membrana mucosa da laringe é controlada desde o córtex sensorial. A fase ativa evolui com o padrão de perda tissular, com ulceração do epitélio escamoso.

A ulceração da laringe, e/ou nas cordas vocais, geralmente não são detectadas. A voz pode alterar, porém não de maneira obrigatória. A maior parte dos casos das pessoas sofre uma ligeira dor na laringe, ao qual não se presta atenção.

**Propósito biológico:** A perda das células aumenta a luz da laringe permitindo maior ingresso de oxigênio.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada, também apresenta edema agudo. O edema da mucosa laríngea pode ser bloqueada produzindo dispnéia e tosse. Quando as cordas vocais estão envolvidas, a voz torna-se grossa e rouca.

O quadro de laringite com afonia, tosse e fleumas com detritos celulares é tipicamente o resultado dos sintomas de cura. Quando os vírus estão

envolvidos no processo de reparação, o quadro clínico torna-se mais dramático, porém mais efetivo e ótimo.

Os pólipos das cordas vocais são sinais de crescimento exagerado das mesmas durante a fase de reparação (queratinização do epitélio). A proliferação extensa de células na mucosa laríngea durante o processo de reparação é diagnosticada como carcinoma laríngeo ou câncer de garganta.

**Epi-Crise:** Devido que a mucosa laríngea esta invervada desde o córtex sensorial, a crise epilptóide pode acompanhar de perda da consciência (observada as vezes durante o sono).

## **ATAQUE CARDÍACO POR NECROSE INTERNA DAS CORONÁRIAS**

### **1. Infarto do coração esquerdo**

É acionado desde o relê das artérias coronárias, localizado no córtex temporal direito, obedecendo a um conflito de perda de território.

### **2. Infarto no coração direito**

É acionado desde o relê das veias coronárias, localizado no córtex temporal esquerdo e obedecendo a um conflito sexual.

## **INFARTO DO CORONÁRIO ESQUERDO**

**Conflito de perda territorial:** perda de território inesperada (do domínio ou membro deste), medo de perder o domínio, ameaça ao domínio.

**Fase CA:** Ulceração do recobrimento interno da parede arterial.  
Sintoma: Angina pectóris.

**Fase PCL:** Ocorre a reparação da ulceração. Entre outros materiais, o colesterol é necessário para o processo de reparação. Portanto, durante a fase de cura, o nível sanguíneo do colesterol aumenta.

**Epi-Crise:** Inicia quando o aumento do volume do edema cerebral alcança seu nível máximo. Este é o momento quando inicia o **ataque cardíaco esquerdo** (dentro de 2 a 6 semanas depois da solução do conflito). O ataque cardíaco é iniciado desde do cérebro, No centro do relê das artérias coronárias se encontra o relê que controla o ritmo cardíaco – durante a epi-crise, o individuo é posto novamente em atividade do conflito com suores frios, náuseas, forte dor no coração (“mega angina”), todos os sintomas de ataque cardíaco aparecem. A arritmia cardíaca (bradicardia) é também reativada. A razão do ataque cardíaco NÃO é a pressão sangüínea elevada, um nível de colesterol elevado ou umas artérias bloqueadas. Sabemos por experimentos em animais que se os vasos coronarianos são ligados (ao qual obstrui por completo o fluxo sangüíneo ao coração) a circulação auxiliar o substitui para abastecer o coração – evitando qualquer dano.

A quantidade de tempo que a pessoa esteve em conflito determina o tamanho do edema cerebral e se a pessoa sobreviverá ou não ao ataque cardíaco. Se a atividade do conflito tem durado mais de 9 meses a pressão do edema cerebral é tão grande que causa a apreensão total dos batimentos cardíacos levando a um ataque cardíaco mortal (o tempo limite de 9 meses dado para resolver o conflito somente aplica a um conflito masculino de perda de território e a um conflito sexual feminino) – geralmente, os ataques cardíacos somente são notados quando o conflito tem durado pelo menos de 3 a 4 meses.

## **INFARTO CORONÁRIO DIREITO**

**Conflito sexual:** Com relação a frustração sexual, rechaço sexual, é o conflito de “não ser capaz de relacionar-se com”. Também apresenta-se em abuso sexual ou violação.

**Fase CA:** O relê impacte no relê das veias coronárias e/ou o relê do colo uterino (localizado diretamente abaixo do relê das veias coronárias).

Resultado:

- a) Ulceração das veias coronárias com uma angina pectóris ligeira.
- b) Ulceração do colo uterino (Papanicolau positivo).

**Fase PCL:** Com a solução do conflito a ulceração das veias coronárias é reparada. Também é reparada a ulceração do colo uterino. O incremento celular é o que comumente se chama carcinoma cervical, displasia cervical. O sangramento do colo uterino nesta etapa é um sinal de cura.

**Epi-crise:** Inicia-se quando o aumento do volume do edema cerebral alcança o seu nível máximo. Este é o momento que inicia o **ataque cardíaco direito**. (dentro de 2-6 semanas depois da solução do conflito). Os sintomas são os mesmos que no caso do coração esquerdo (suores frios, náuseas, forte dor no coração = reativação da angina pectóris) MAIS: O coração direito sempre implica em embolismo pulmonar por que durante a Epi-Crise o individuo é posto novamente em atividade do conflito ao qual interrompe o processo de reparação das veias coronárias. Esta interrupção causa que as crostas sejam liberadas e viajem na corrente sanguínea até os pulmões, onde podem produzir o embolismo. Sintomas que acompanham: taquicardia = aumento da frequência cardíaca.

O ataque cardíaco é iniciado no cérebro. No centro do relê das artérias coronárias se encontra o relê que controla o ritmo cardíaco – durante a Epi-Crise o individuo é posto novamente em atividade do conflito com (“mega angina”), todos os sintomas de ataque retornam. A arritmia cardíaca (bradicardia) é também reativada. A razão do ataque cardíaco NÃO é a pressão sanguínea elevada, um nível de colesterol sanguíneo elevado ou uma artérias bloqueadas. Sabemos pelos experimentos em animais que se os vasos coronários são ligados (ao qual obstrui por exemplo o fluxo sanguíneo no coração) a circulação auxiliar os substitui para dar fornecimento ao coração – evitando qualquer dano.

## **COLO UTERINO**

**Conflito:** Sexual, rechaço sexual, frustração sexual de não ser capaz de “casar”.também apresenta-se em abuso sexual ou violação.

**Fase CA:** Ulceração do colo uterino (Papanicolau positivo)

**Fase PCL:** Proliferação celular, câncer cervicouterino “vírus” do papiloma humano.

## **MUCOSA ESTOMACAL (Curvatura menor), PILORO e DUODENO**

O revestimento de epitélio escamoso dos terços proximais do esôfago estende-se em sentido distal formando uma linha fina que passa pelo terço distal do esôfago, cárdias ou esfíncter esofágico interior, curvatura menor do estômago, piloro até o duodeno. É de origem ectodérmico e é controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** da mucosa estomacal, pilórica e duodenal:

Raiva, ou ira no território (casa, trabalho, escola, hospital, etc.), ou em relação a alguns dos membros do mesmo. Conflito biológico de contrariedade pelo território.Luta pelos limites do território com os “chefes dos territórios ao redor”. Também parceiro infiel sai com outro/a.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio, dando como resultado nos casos severos úlceras gástricas e/ou úlceras duodenais.

**Fase PCL:** Á área ulcerada é regenerada. Quando os vírus estão envolvidas no processo de reparação, o quadro clínico pode apresentar diarreia.

**Epi-Crise:** Expressa-se como ataques de vômitos, possivelmente febre e os típicos sintomas de infecção gástrica. O processo de reparação das úlceras esta acompanhado de sensação de cólicas, e possível sangramento da

úlceras (melena). Durante a epi-crise das úlceras estomacais podemos esperar uma “epilepsia gástrica” (forte cólica estomacal), com dor e sangramento.

Em contraste com a curvatura menor do estômago, a maior parte do estômago (curvatura maior) é derivada do tecido endodérmico e pertence ao grupo de órgãos de antigo canal intestinal que são controlados desde o tronco cerebral (intestino delgado e cólon). O conflito que corresponde a este tipo de tecidos é de N bocado indigesto. Por exemplo, um bocado que não pode ser digerido. Durante a fase ativa observa-se crescimento tumoral em forma de carcinoma estomacal com células do tipo adenóide (crescimento exofítico, em couve-flor). Este tumor de estômago produz maior quantidade de ácido com propósito de digerir o “bocado indigesto”. Durante a fase PCL o tumor é decomposto com a ajuda de micobactérias. A Epi-crise aqui apresenta-se como vômito, de forma que pode devolver o bocado e desfazer-se dele.

## **CONDUTOS PANCREÁTICOS**

O revestimento de epitélio dos condutos pancreáticos é de origem ectodérmica e é controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** do epitélio dos condutos pancreáticos:

Raiva, ira no território (casa, trabalho, escola, hospital, etc.) ou relação a algum dos membros dos mesmos. Contrariedade territorial, às vezes por causa de dinheiro.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio.

**Propósito biológico:** A ulceração gera maior luz no conduto e permite liberar maior quantidade de suco pancreático.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e se produz o aumento de volume agudo, devido à inflamação do processo de reparação. Este aumento de volume pode fechar os condutos. Aqui pode-se apresentar o quadro de pancreatite. Também se a proliferação do epitélio escamoso durante a



reparação é muito grande, é feito o diagnóstico de carcinoma de pâncreas, especialmente quando se agrega a “síndrome dos túbulos coletores renais”.

**Epi-Crise:** O paciente pode perder o estado de consciência devido que os condutos pancreáticos estão inervados desde o córtex sensorial. Também se pode apresentar um quadro de hipoglicemia de diferente magnitude se é afetado o tecido endócrino do pâncreas.

Em contrapartida, o pâncreas é derivado do tecido endodérmico, que pertence ao grupo de órgãos do antigo canal intestinal e que é controlado desde o tronco cerebral, responde ao conflito de bocado indigesto que NÃO é territorial. Por exemplo raiva de algum membro da família, colegas, etc. As vezes, este tipo de conflito tem que a ver com disputas pelo bocado (heranças, dinheiro, luta por uma posição, etc.). Durante esta fase ativa, observa-se o crescimento tumoral do pâncreas com células do tipo adenóide. Este tumor de pâncreas produz uma maior quantidade de suco para que o bocado possa ser digerido. Durante esta fase PCL o tumor é decomposto com ajuda de micobactérias. Se os micróbios não estiverem disponíveis, o tumor fica encapsulado e fica no seu lugar.

## **CONDUTOS BILIARES HEPÁTICOS**

O revestimento do epitélio dos condutos hepáticos é de origem ectodérmico e é controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério direito.

**Conteúdo dos conflitos** do epitélio dos condutos biliares hepáticos:

Raiva ou ira no território (casa, trabalho, escola, hospital, etc.) ou em relação a algum membro do mesmo. Contrariedade territorial. O limites do território não estão definidos de maneira que o “chefe do território vizinho”, pode invadir facilmente. As vezes disputa por dinheiro, também rancor ou ciúmes.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio dos condutos biliares hepáticos e/ou da vesícula biliar.

**Propósito biológico:** A ulceração gera maior luz nos condutos permitindo liberar maior quantidade de sucos biliares.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação, observando o quadro clínico de crescimento hepático. A distensão da cápsula que envolve o fígado pode produzir dor aguda. Este aumento de volume pode fechar os condutos, produzindo estase biliar. O resultado é a icterícia. Com conflitos repetidos (tracks ou pistas) a estase de bílis leva a formação de cálculos biliares. A cólica “biliar” ocorre durante a Epi-Crise.

Os vírus envolvidos no processo de reparação são os da Hepatite A e B. Não é o vírus o responsável pela hepatite. Pelo contrário, nosso organismo utiliza o vírus para otimizar o processo de cura. Quando a hepatite ocorre junto com a estase da bílis, a inflamação é chamada de “hepatite icterícia”. Se os vírus da hepatite não estão disponíveis, faz-se o diagnóstico de “hepatite não A e não B. Sem a ajuda dos vírus, a fase de cura é mais prolongada, porém, menos virulenta.

A cirrose hepática é o resultado do depósito de tecido cicatricial nos condutos biliares como consequência das fases de cura repetitivas por recaídas no conflito.

**Epi-Crise:** A Epi-Crise nos condutos hepáticos pode ser muito perigosa. O paciente pode apresentar, desde uma perda do estado de consciência até em coma hepático, devido que os condutos biliares hepáticos estão inervados desde o córtex sensorial. Também pode apresentar um quadro de hipoglicemia.

## **RETO (parte distal)**

O revestimento do reto consiste no epitélio escamoso de origem ectodérmico e é controlado desde o córtex cerebral temporal, no hemisfério esquerdo.

### **Conteúdo dos conflitos** do epitélio do reto:

Conflito de identidade feminino, não saber de onde pertence ou não saber onde ir. Não saber que decisão tomar. É um conflito que se relaciona com uma incapacidade para definir nossa posição ou nosso lugar (literal ou figurativamente) na sociedade, dentro da nossa família, nossas relações, vida profissional. Também pode se chamar de conflito de decisão.

**Fase CA:** Observa-se ulceração dolorosa do epitélio do reto. Raramente ou nunca apresenta hemorragia nesta fase. As dores e espasmos são considerados erroneamente como “dores hemorroidais”.

**Propósito biológico:** Nossos ancestrais marcavam seu território por meio da defecação. A ulceração gera maior luz no reto, permitindo uma defecação maior e mais rápido de maneira que definimos o lugar “onde pertencemos”. Apresenta dor durante a atividade do conflito.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz aumento de volume agudo, devido a inflamação do processo de reparação, observando o quadro clínico de hemorroidas. Na mucosa ulcerada com sangramento que elimina sangue fresco de cor vermelho claro antes era considerada como hemorróida com sangue. Atualmente é diagnosticado como câncer de reto e por isso infelizmente e sem sentido cura-se com cirurgia, retirando o reto.

Com uma “síndrome dos túbulos coletores renais”, as hemorroidas podem tornar-se muito grandes.

**Epi-Crise:** O processo de reparação as vezes produz hemorragia nas úlceras, que nesta fase é mais pronunciada.

Em contrapartida, o reto de origem antiga e sigmóides, derivados do tecido endodérmico, que pertencem ao grupo de órgãos do antigo canal intestinal e que são controlados desde o tronco cerebral, responde ao conflito de “merda” (literal ou figurativamente não poder eliminar o bocado de “merda”)

que NÃO é territorial. Por exemplo, raiva com desagradáveis **insidiosos**, de grande repugnância. Baixeza, de conteúdo ignóbil, “trapaça”. Durante a fase ativa observa-se o crescimento tumoral do sigmóide com células do tipo adenóide. Durante a fase PCL o tumor é decomposto com ajuda de micobactérias. Os detritos do processo de reparação e a secreção tubercular são excretadas com a matéria fecal, e de maneira potencial pode haver sangramento. Na fase de Epi-Crise pode haver quadro de dor com cólicas dependente do reto ou do sigmóide.

Se os micróbios não estão disponíveis, o tumor fica encapsulado e ficam em seu lugar.

## **PÉLVIS RENAL, BEXIGA, URETER e URETRA**

O revestimento destas estruturas consiste no epitélio de transição e escamoso de origem ectodérmica. É controlado desde o córtex cerebral temporal, em ambos hemisférios. O lado esquerdo destas estruturas se encontra no hemisfério direito e o lado direito, no hemisfério esquerdo.

**Conteúdo do conflito** do epitélio escamoso e de transição da pélvis renal, bexiga, ureter e uretra:

Marcação territorial. No hemisfério direito percebe-se de forma masculina e no lado esquerdo de maneira feminina. O conflito masculino é inabilidade ou incapacidade de marcar o território, um conflito de intrusão dentro do território ou domínio. O conflito feminino é da inabilidade ou incapacidade de marcar os limites do território interno ou “ninho”, o espaço interno é invadido. A manifestação orgânica é a mesma tanto a mulher como no homem.

## **PÉLVIS RENAL**

**Conteúdo do conflito:** do epitélio da pélvis renal: Não poder delimitar interiormente o território (conflito parecido ao de identidade), por exemplo não saber qual opinião aderir.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio da pélvis renal ou nos cálices renais com espasmos e ligeiras dores. Sempre que o colo do cálice seja afetado produz uma retenção de líquido e tendo a possibilidade de cálculos renais.

**Propósito biológico:** A ulceração gera maior volume na pélvis renal de maneira que a urina pode depositar-se na bexiga de forma mais rápida o qual melhora a habilidade de marcar o território.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação. Desaparece o espasmo aparecem cólicas nefríticas devido ao cálculo, que viaja desde o cálice renal através do ureter até a bexiga. Se os microorganismos estão disponíveis, apresenta-se um quadro de infecção renal. Se os cálices renais estão envolvidos, a estase de urina causa a produção de cálculos renais (cristais de uréia) devido a alta concentração de urina (em comparação com os cristais de cálcio devido a processos de reparação repetidos nos túbulos coletores renais, correspondentes a um conflito de abandono ou isolamento).

**Epi-Crise:** Cólica renal, acompanhado de sensação de câimbras muito dolorosas. Com a convulsão da epi-crise, os cálculos renais são empurrados até a pélvis renal, de onde partem para a bexiga e podem ser expulsos causando grande dor.

## **BEXIGA**

**Conteúdo do conflito** do epitélio de transição da bexiga: Não poder reconhecer os limites do território, deslocação territorial.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio de transição ou mucosa da bexiga: Dores e espasmos devido a úlcera. A bexiga está inervada sensitivamente através do córtex somato-sensorial pós central.

**Propósito biológico:** A ulceração da parede da bexiga gera maior volume permitindo que se acumule maior quantidade de urina, logo mais urina pode ser liberada com a finalidade de marcar o território.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação. Tais ulcerações podem sangrar e produzir sangue na urina (hamatúria). A diurese apresenta dor (disuria) e espasmos. Se os microorganismos estão presentes, ocorre um quadro de infecção da bexiga (cistite). Quando os vírus são os que assistem ao processo de reparação produz uma cistite viral.

**Epi-Crise:** Exacerbação ou aumento das moléstias urinárias.

## URETÉR

**Conteúdo do conflito** do epitélio do ureter: não poder delimitar o território internamente (semelhante ao conflito de identidade).

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio com espasmos uretais. Dificuldade de eliminação ou anúria do rim com hidronefrose.

**Propósito biológico:** A ulceração gera mais luz no ureter, permitindo uma melhor condução da urina para a bexiga.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada e produz um aumento de volume agudo devido a inflamação do processo de reparação. O aumento de volume pode obstruir o ureter e pode haver cólicas nefríticas (por litíases).

**Epi-Crise:** Exacerbação ou aumento das moléstias urinárias. Dores tipo cólica renal.

## URETRA

**Conteúdo do conflito:** do epitélio da uretra: não poder delimitar dentro dos seus próprios limites.

**Fase CA:** Observa-se ulceração do epitélio. Aqui pode apresentar disuria, poliaquiúria, urgência urinária. Agüentar a expulsão de urina pode ser dolorosa.

**Propósito biológico:** A ulceração gera maior luz na uretra permitindo uma melhor eliminação de urina.

**Fase PCL:** A área ulcerada é regenerada, e produz aumento do volume agudo a inflamação do processo de reparação. O aumento do volume pode fechar a uretra, produzindo retenção de urina. Pode tratar com sonda vesical.

**Epi-Crise:** Exacerbação ou aumento das moléstias urinária.

## CORAÇÃO

**PERICÁRDIO** (Mesoderme do cérebro antigo).

**Conflito:** Ataque contra o coração.

**Fase CA:** Aumento celular, **mesotelioma pericárdico**.

**Fase PCL:** Decomposição do mesotelioma por fungos ou micobactérias; pericardite como “síndrome” **derrame pericárdico = tamponamento cardíaco**, limitando a faixa normal do movimento do coração (muito perigoso).

## NOTAR EXCEÇÃO

### MIOCÁRDIO (10%) Músculo liso

É uma combinação de tecidos endodérmico com mesodérmico novo. Junto com a musculatura lisa dos órgãos do canal alimentar, a camada muscular dos vasos sanguíneos, e parte do miocárdio, são controlados desde o cérebro novo. Manifestam-se organicamente com o padrão dos órgãos do cérebro novo, ou seja, apresentam necrose na fase ativa do conflito e proliferação celular na fase de solução do conflito.

**Conflito:** Não ser capaz de transportar a quantidade suficiente de sangue (através do peristaltismo).

**Fase CA:** Espasmos locais, aumento local do peristaltismo. Endurecimento local (como em um mioma) da antiga musculatura lisa (intestinal). Coincide com necrose do miocárdio.

**Fase PCL:** Aumento do peristaltismo geral. Coincide com reparação da necrose do miocárdio. Na totalidade a musculatura lisa está mais forte.

**EC:** Como uma pequena cólica, se por acaso for observado.

## MESODERME NOVA

**MIOCÁRDIO (90% Musculatura estriada)** (Mesoderme do cérebro novo).

**Exceção:** Sem correlação cruzada desde o cérebro até o órgão, devido às rotações que sofre o coração durante a embriogênese.

**Cérebro:** O miocárdio tem dois centros de controle:

1. Tecido muscular cardíaco controlado desde a substância branca.
2. Movimento muscular cardíaco (movimento de bombeamento) controlado desde o córtex motor.



**Conflito:** Estar completamente oprimido, sobrecarga de estresse inesperada; “isto é demais”.

O conflito esta sempre relacionado com **mãe, filho ou parceiro (a).**

Observar as EXCEÇÕES na lateralidade devida a rotacao do coração durante sua formação embrionária.

- Pessoa destra oprimida por causa do parceiro (a) (lado direito), responde com o miocárdio esquerdo (HH esq).
- Pessoa destra oprimida por causa da mãe/filho (lado esquerdo), responde com o miocárdio direito (HH dir).
- Pessoa canhota oprimida por causa do parceiro (a) lado esquerdo, responde com o miocárdio direito (HH dir).
- Pessoa canhota oprimida por causa da mãe/filho (lado direito), responde com o miocárdio esquerdo (HH esq).

**Fase CA:** Parte estriada do miocárdio necrosa + paralisia parcial do miocárdio.

**Sintomas:** Insuficiência cardíaca; dificuldade respiratória (dispnéia). Durante o processo de necrose o músculo cardíaco pode romper apresentando como resultado um tamponamento cardíaco.

**EC:** **Ataque cardíaco do miocárdio** (ataque epilético do músculo cardíaco).

**Sintomas:** Convulsões + câimbras. **Outros sintomas:** náuseas, diaforese. Devido a necrose cardíaca durante a fase de ativa, o músculo pode romper e gerar um tamponamento cardíaco espontâneo.

### **Infarto cardíaco que envolve o músculo cardíaco DIREITO:**

**Sintomas:** Cólicas, convulsões, tremores, dificuldades respiratórias (dispnéia), potencialmente pode apresentar uma interrupção respiratória completa). **Pressão arterial ALTA;** pulso cardíaco forte. **Síndrome** (retenção de líquidos) pode fazer agudizar a EC. O miocárdio direito é funcionalmente muito próximo do hemidiafragma esquerdo, que é o músculo principal que se

usa para a respiração > tipicamente, o infarto do miocárdio vem junto com a EC do diafragma esquerdo = **apnéia**.

### **Infarto do miocárdio que envolve o músculo cardíaco ESQUERDO:**

Sintomas: Cólicas, convulsões, tremores; **queda abrupta (!) da pressão arterial**; pulso acelerado = taquicardia, fibrilação cardíaca.

Tipicamente, o infarto do miocárdio vai junto com a EC do diafragma direito, apresentando como resultado **apnéia**.

## **ENDODERME**

### **TECIDOS ENDODÉRMICOS DA BOCA/FARINGE CONTROLADOS DESDE O TRONCO CEREBRAL**

Conflito biológico: “conflitos de bocado” (literal ou figurativamente)

Fase CA: Proliferação celular (tumor do tipo adenocarcinoma)

Fase PCL: Decomposição do tumor por fungos ou micobactérias (se estiverem disponíveis)

Órgãos controlados pelo tronco cerebral

Tipo de tecido: Células adeno

Folha germinativa: Endoderme

Submucosa do canal alimentar completo desde a boca até o reto.

- Faringe/boca (submucosa oral; nasofaringe; paladar; amígdalas; glândulas salivares + parótida + glândulas sublingual; glândula lacrimal, glândulas tireóides).
- Tubos auditivos (eustáquio) ouvido médio.

Sem correlação cruzada desde o cérebro até o órgão. A lateralidade é importante neste nível.

**SUBMUCOSA ORAL E DO PALADAR** (Camada endodérmica intestinal profunda)

**Conflito:**

Lado direito: Não ser capaz de “pegar, capturar” o bocado(quer o bocado, mas não pode tê-lo).

Lado esquerdo: Não ser capaz de “eliminar” o bocado (desfazer-se do bocado).

**Fase CA:** Proliferação celular, formação de um **pequeno tumor** (adenocarcinoma) abaixo do epitélio escamoso, invisível mas inflamado.

**Fase PCL:** Decomposição celular com bactérias ou fungos; **candidíase oral; úlceras cancerosas** (ulceras aftosas).

**GLÂNDULAS SALIVARES + PARÓTIDA + GLÂNDULA SUBLINGUAL**

**Conflito:**

Lado direito: Não ser capaz de pegar/agarrar o bocado.

Lado esquerdo: Não ser capaz de eliminar o bocado.

**Fase CA:** Proliferação celular, formação de um **crescimento compacto** (adenocarcinoma).

**Fase PCL:** Decomposição do crescimento com micróbios (se estiverem disponíveis) com cura pendente diminui a produção de saliva ou não é produzida.

## **NASO FARINGE (parte posterior da boca)**

### **Conflito:**

Lado direito: Não ser capaz de pegar/agarrar o bocado.

Lado esquerdo: Não ser capaz de eliminar o bocado.

**Fase CA:** Proliferação celular, formação de **pólipos nasais**. O crescimento começa na parte superior da faringe e cresce até o interior do nariz.

**Fase PCL:** Decomposição dos pólipos com fungos ou micobactérias (se estiverem disponíveis); **Pólipos nasais com TB, abscesso nasal**.

## **AMIGDALAS**

### **Conflito:**

Lado direito: Não ser capaz de “engolir, tragar” o bocado (um quer ficar com o bocado, mas tem que renunciar a ele).

Lado esquerdo: Não ser capaz de esculpir o bocado (quero desfazer-me do bocado).

**Fase CA:** Proliferação celular nas amígdalas. **Hiperplasia das amígdalas** (crescimento das amígdalas)

**Fase PCL:** Decomposição das células extras com TB = **TB das amígdalas – amigdalite purulenta**; abscesso das amígdalas quando fungos estão envolvidos = **micose das amígdalas**.

## GLÂNDULAS TIREÓIDES (Endoderme)

### Conflito:

Lado direito: Não ser rápido suficiente para pegar o bocado.

Lado esquerdo: Não ser rápido suficiente para desfazer-se do bocado.

**Fase CA:** Proliferação celular da glândula tireóide; **Hipertireoidismo;** Doença de **Basedow**, Câncer de tireóides.

**Fase PCL:** Decomposição das células extras com TB, com cura pendente > **Hipotireoidismo;** Enfermidade de Hashimoto.

## ECTODERME

### TECIDOS ECTODÉRMICOS DA BOCA/FARINGE CONTROLADOS DESDE O CORTEX CEREBRAL

Tipo de tecidos: Células epiteliais escamosas.

Folha germinativa: ectoderme

Membrana mucosa da boca, recobrimento dos dutos das glândulas salivares, dutos das glândulas parótidas, membrana da mucosa nasal, canal auditivo externo, recobrimento do duto tiroídeo, recobrimento do duto faríngeo, esôfago 2/3

**Sexo, lateralidade manual e estado hormonal tem que ser levado em consideração.**

**Conflito:** Separação, querendo arrancar algo ou não querendo separar. Cada área especializa-se em um tipo de separação.

**Fase CA:** Ulceração (perda de tecido).

**Fase PCL:** Reparação da ulceração, proliferação celular tipo escamosa.

## **BOCA E LÍNGUA**

**Conflito:** De separação oral

DHS relacionado com ter algo na boca (“não quero ter isto na minha boca”).

**Fase CA:** **Úlceras na cavidade oral ou na língua;** úlceras profundas podem ser muito dolorosas.

**Fase PCL:** Reparação da ulceração com novas células, inflamação, possível sangramento, “**Câncer oral**” não tem dor durante a fase de reparação.

## **CONDUTOS DAS GLÂNDULAS SALIVARES + CONDUTOS DA PARÓTIDA + CONDUTOS DA GLÂNDULA SUBLINGUAL**

**Conflito:** Não querer comer ou não ser permitido comer (ensalivar)

**Fase CA:** Ulceração. **Sintoma:** Estiramento doloroso dos condutos da glândula.

**Fase PCL:** Proliferação celular para reparar a área da ulceração, inflamação, sangramento ocasional. A inflamação pode ser considerada erroneamente como um tumor. Com cura pendente os condutos podem fechar (a saída a saliva é bloqueada).

**Papeiras (paperas)** = Quando as glândulas parótidas ficam inflamadas, causado pelo acúmulo de secreção dos condutos.

## CONDUTOS TIROÍDEOS

**Conflito:** sentir-se impotente / sem controle de uma situação.

**Fase CA:** Ulceração dos condutos da tireóide.

**Fase PCL:** Proliferação celular para reparar a área da ulceração; **Cisto** tiroídeo; **estroma** benigno ou bócio; **câncer de tireóides**.

## ESÔFAGO – 2/3 superiores

**Conflito:** Um não quer tragar “isso”.

**Fase CA:** Ulceração; **prurido na laringe (comichão na garganta)**.

**Fase PCL:** Proliferação celular para reparar a área ulcerada, inflamação faringe (garganta) inflamada.

## MEMBRANA NASAL + SEIOS NASAIS

**Conflito:** conflito de cheirar mau; “isto é uma porcária”.

**Fase CA:** Ulceração da mucosa nasal; **Nariz resseca**.

**Fase PCL:** área da ulceração é reparada, inflamação da membrana mucosa; sangramento do nariz.

**Sintomas:** Nariz congestionado, **descarga nasal (nariz escorrendo)**, espirros para desfazer-se dos resíduos do processo de reparação + dores de cabeça pelo edema cerebral; fadiga = **resfriado comum**.

**Sinusite**: somente ocorre como “síndrome”.

## **ENDODERME**

### **GLÂNDULA LACRIMAL (Endodérmica)**

**Conflito**: Bocado visual

Lado direito: Não ser capaz de pegar/agarrar um “**bocado visual**”. Fala-se em pegar o bocado porque; não “mantive os olhos abertos”, no momento preciso.

Lado esquerdo: Não ser capaz de desfazer-se do “**bocado visual**” por exemplo, **um pintor que não pode vender suas pinturas**.

**Fase CA**: proliferação celular de células da glândula lacrimal; adenocarcinoma; o tumor esta nos “ácinos” = parte das glândulas que produz as lágrimas.

Sintomas: Olhos lacrimosos.

**Fase PCL**: Decomposição do crescimento com ajuda de fungos/micobactérias.

Sintomas: Lágrimas purulentas. Com cura pendente as glândulas perdem mais e mais tecidos, apresentando como resultado a diminuição / falta da produção de lágrimas.

## **ECTODERME**

### **CONDUTOS DE GLÂNDULAS LACRIMAIS (ectodérmico)**

**Conflito**: Querer ou não querer ser visto.



**Fase CA:** Ulceração do epitélio do conduto lacrimal. Estiramento doloroso dos condutos.

**Fase PCL:** A área da ulceração é reparada, inflamação dos condutos, a obstrução pode produzir o fluxo das lágrimas. A “síndrome” aumenta a inflamação; grande inflamação nos condutos lagrimais (“tumor do conduto lacrimal”).

## ENDODERME

### TUBA AUDITIVA (Eustáquio) – OUVIDO MÉDIO (endodérmico)

**Conflito:** conflito auditivo em relação a um “**bocado auditivo**”.

Ouvido direito: Não ser capaz de pegar/receber o bocado auditivo; perder uma parte importante da informação.

Ouvido esquerdo: Não ser capaz de desfazer-se de um bocado auditivo, incapaz de desfazer-se de um “pedaço” de informação ou ruído.

**Fase CA:** Proliferação celular das fibras nervosas no ouvido médio, chamado “**neurinoma**”. Durante a fase ativa do conflito a audição melhora.

**Fase PCL:** Decomposição do crescimento por fungos/micobactérias (TB). **Infecção purulenta do ouvido médio (otite média)** com **descarga** do ouvido afetado; com cura pendente compromete a capacidade auditiva.

## ECTODERME

### OUVIDO INTERNO (ectodermo)

**Conflito:** Conflito auditivo – Não quero escutar isso”, “Não quero acreditar no que eu estou escutando”, “não pode ser verdade o que acabo de escutar”.

**Fase CA:** Compromisso funcional da audição. **Zumbidos** (doença equivalente ao câncer).

**Fase PCL:** PCL – A diminui a percepção do volume das frequências das notícias envolvidas; **perda de audição de frequência particulares** > surdez temporal. Depois da Epi-Crise (EC): retorna a capacidade de escutar os sons perdidos.

**Vértigo:** Conflito auditivo – escutar que alguém (incluindo ele mesmo) pode cair/colapsar. Vertigem durante a fase CA e EC.

## DENTES

Ossos do dente + ossos da mandíbula = mesoderme > controlado desde a substancia branca

Musculatura da mandíbula = mesoderme > controlado desde a substancia branca

Esmalte (epitélio escamoso endurecido) = ectoderme > controlado desde do córtex cerebral.

Periodonto: conflito de separação brutal na pele do osso (dente) com dor e hipersensibilidade na fase ativa.

**CONFLITO: MORDER.** A natureza exata do conflito de morder determina qual o tecido do dente será afetado.

## MESODERME NOVA

## OSSOS DO DENTE / OSSO DA MANDÍBULA

**Conflito:** ser incapaz de devolver a mordida por que o individuo é mais fraco que o seu oponente (estar em uma posição desvantagosa).

**Fase CA:** Osteólises (Cavidades) no dente = **cavidade**, diminuição da dentina.

Sintoma que acompanha: Gengivas que sangram; **periodontites**.

**Fase PCL:** recalcificação dolorosa; **abscesso dental** (com bactérias)

## ECTODERME

**MUSCULATURA DA MANDÍBULA:** ranger os dentes = **bruxismo** durante a Epi-Crise (EC).

## ESMALTE DOS DENTES

**Conflito:** Não ser capaz de devolver a mordida (pode fazer-lo mas “não é permitido” ou “não tem o direito de faze-lo).

**Fase CA:** perda de células = **cavidades** (buracos no esmalte dental); dor; **hipersensibilidade**, sensibilidade com calor/frio ou amargo/doce.

**Fase PCL:** Reparação das cavidades (sem dor)

## ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO

**Acidente Vascular Cerebral ou AVC (Ataque de “embolia cerebral”).**

O ataque “**branco**” ou “**frio**” ocorre no momento do DHS. Os sintomas estão determinados por “como” e “onde” (parte do corpo) o conflito relacionado foi experimentado (ver mais abaixo).

O ataque “**vermelho**” ou “**quente**” ocorre na Epi-Crise. Quando o edema cerebral esta sendo pressionado para fora (a pressão do estresse inicia o ataque).

Sintomas: Iguais aos do ataque “branco” + sintomas típicos da Epi-Crise: Suores frios e náuseas.

A lateralidade manual indica se o conflito foi relacionado com a mãe/filho ou parceiro(a). Por exemplo, a típica paralisia de um lado do corpo.

**AVC com paralisia motora:** Acontece como resultado de um **conflito motor** (não ser capaz de escapar, reter alguém, seguir alguém, defender-se de alguém, etc). Depois da Epi-Crise: Melhora gradual da paralisia (restauração da função). Como “Síndrome” a paralisia permanece por que o edema não pode ser completamente expulso durante a Epi-Crise (o processo para na metade do caminho).

NOTA: A paralisia motora também pode ser produzida quando um edema cerebral pressiona no local do controle cerebral próxima (vizinho) ao córtex motor. Por exemplo, durante um ataque cardíaco (iniciado desde o córtex cerebral temporal a direita que controla as artérias coronárias) o edema cerebral pode pressionar o lado direito do córtex motor produzindo paralisia no lado esquerdo do corpo. Neste caso o ataque cardíaco é confundido com um AVC.

**AVC com comprometimento da fala:** Apresenta-se quando a área de Broca (centro de controle da fala), esta envolvida (no cérebro esta área esta localizada no mesmo lugar que o centro de controle cerebral da musculatura laríngea). Conflito relacionado: susto / medo imprevisto no território.

**Comprometimento visual/cegueira:** Quando o córtex visual esta envolvido,isto indica que o edema cerebral esta fazendo pressão em alguma parte próxima do trajeto dos nervos ópticos (via óptica), produzindo a cegueira. **Amaurose, hemianopsias (corrigir).**

**Paralisia facial:** Apresenta-se quando existe um conflito de “ter sido um tolo” ou quando “o levam a um fio de cabelo” ou “olham no seu rosto”. Durante a fase ativa apresenta-se como uma paralisia facial (envolvendo o córtex motor que controla os músculos da face).

Durante a fase de solução, apresenta hemiespasmos faciais, blefaroespasma.

## **ANEURISMAS CEREBRAIS e HEMORRAGIA CEREBRAL**

Quando uma fase de cura (em qualquer local do cérebro) é continuamente interrompida por recaídas, o tecido cerebral nesse local torna-se rígido e perde a elasticidade (“efeito sanfona”). Durante a fase de cura (Fase PCL) o tecido cerebral pode romper devido a pressão que o edema cerebral exerce (edema intrafocal). O resultado é um fluido edematoso que forma um cisto (aneurisma), ao qual endurecem com o tempo (e permanece). Durante este episódio o cérebro também pode sangrar.

## **ENXAQUECA**

A enxaqueca envolve um ou mais das seguintes áreas de controle cerebral dos órgãos do **lóbulo frontal**:

- Condutos faríngeos
- Condutos tiroídeos
- Membrana da mucosa nasal/paranasal
- Musculatura e/ou mucosa brônquica ou laríngea
- Centro da glicose
- Esmalte dental.
- Córtex motor.

O conflito relacionado é de **curta duração, porém intenso**. Tipicamente, o “ataque de enxaqueca”, apresenta-se durante a Epi-Crise na fase de cura. As enxaquecas crônicas são o resultado repetitivo de entrar

repetidamente em contato com as **pistas ou tracks** que foram **estabelecidos no momento do DHS**.

## OLHOS

### ENDODERME

**IRIS** controlada desde o tronco cerebral.

A Iris desenvolve-se a partir do intestino delgado > musculatura lisa > peristaltismo

**Conflito:** Não ser capaz de pegar o desfazer-se do “**bocado de luz**”.

**Fase CA:** Proliferação celular

**Fase PCL:** Degradação das células adicionais; **Tuberculose da íris**; coloboma

### ECTODERME

## RETINA

**Conflito:** “**algo**” / circunstâncias ameaçam “por trás” e não devem ser “sacudidas” (mexidas ??).

**Fase CA:** Compromisso visual parcial.

**Fase PCL:** Edema entre a retina e a esclerótica produz **desprendimento da retina** (continua com recaídas no conflito; a “síndrome” piora a situação).

**Miopia:** (ver próximo); Se o desprendimento da retina é lateral (nos lados), recaídas repetidas endurecem a área entre a retina e a esclerótica. Como resultado, o globo ocular estreita produzindo a **vista próxima**.

**Hipermetropia** (ver de longe): Se o desprendimento da retina é posterior (atrás), recaídas repetidas endurecem a área entre a retina e a esclerótica. Como resultado, o globo ocular fica mais curto, produzindo a **visão de longe**.

### **OBSERVAR A LATERALIDADE MANUAL mãe/filho – parceiro (a).**

Uma pessoa DESTRA tem um medo por trás em relação a um tema com um filho (por exemplo, briga pela custódia) este afeta as metades DIREITAS DAS RETINAS.

Se uma pessoa CANHOTA tem um medo por trás em relação a um tema com um filho, este afetará as metades ESQUERDAS DAS RETINAS.

Se uma pessoa DESTRA tem um medo por trás em relação a um tema com um parceiro este afetará as metades ESQUERDAS DAS RETINAS.

Se uma pessoa CANHOTA tem um medo por trás em relação a um tema com uma parceira, este afetará as metades DIREITAS DAS RETINAS.

### **CORPO VÍTREO**

**Conflito: “alguém”** (o predador) esta ameaçando por trás (esta atrás de nós).

**Fase CA:** Opacificação parcial do corpo vítreo na periferia do olho > **“Visão de túnel”**.

**Fase PCL – A:** Continua a opacidade.

**EC: Ataque de glaucoma**, causado pela pressão do edema do corpo vítreo durante a EC.

**Fase PCL – B:** esclarece a opacificação

**LENTE – CÓRNEA – CONJUNTIVA** controlados desde o córtex sensorial. Observar a lateralidade manual e lados mãe/filho e parceiro.

**Conflito: Separação visual;** Perder inesperadamente de vista alguém.

Lente: Conflito de separação visual “severo”.

Córnea: Conflito de separação visual “moderado”.

Conjuntiva: Conflito de separação visual “leve”.

**Fase CA:** Ulceração da lente que melhora a visão.

**Fase PCL:**

LENTE: processo de reparação causa **opacificação da lente**. Cura pendente leva ao desenvolvimento de **cataratas**.

CÓRNEA: **Opacificação da córnea**; inflamação da córnea.

CONJUNTIVA: **Conjuntivite**.

**EXEMPLO DE CONFLITO DE MEDO MOTOR ESPECIFICO LOCALIZADO.**

**MUSCULATURA EXTRÍNSECA DO OLHO** Controlado desde o córtex motor.

**Conflito:** “Não quero olhar” ou ser incapaz de olhar **“ahí”**

**Fase CA:** Paralisia dos músculos dos olhos. Sintomas: **Estrabismo convergente**

**Fase PCL:** retorna a função muscular. **EC:** Crise epilética.

**ESPECIAL**

**Nervo abducente** (sexto par craniano)



Percorre ao longo das áreas de controle cerebral dos túbulos coletores dos rins (TCR esquerdo – olho esquerdo; TCR direito – olho direito)

O impacto na área cerebral de controle dos TCR (conflito de existência/abandono) retrai o glóbulo ocular até as laterais (para fora ou lateralmente)

Sintoma: **Estrabismo divergente.**

# TRANSTORNOS DO ESTADO DE ÂNIMO E DOENÇAS MENTAIS (PSICOSES)

De acordo com a Nova Medicina Germânica®

Dr. em Med. Ryke Geerd Hamer

## Introdução.

A investigação do Dr. Hamer mostra que os **transtornos do estado de ânimo e as doenças mentais** também desenvolve-se exatamente como os transtornos físicos, de acordo com as “cinco leis biológicas da Nova Medicina Germânica”. Desta maneira, os transtornos do estado de ânimo e as doenças mentais tem uma correlação cerebral assim como também uma correlação orgânica.

Levando em consideração a interação biológica entre a psique, o cérebro e o órgão correspondente, a GNM explica o PORQUE uma pessoa torna-se deprimida, maníaco-depressiva, paranóica, delirante, autista, suicida, violenta, ou apresenta uma chamada “predisposição ao crime”. O grau da “desordem” ou das mudanças de comportamento esta determinado pela magnitude do(os) conflito(s) envolvido(s).

**As psicoses são o resultado do que o Dr. Hamer chama de “Constelações Esquizofrênicas”.** Uma pessoa encontra-se em uma “constelação esquizofrênica” quando existe um conflito ativo em um hemisfério cerebral e um segundo conflito atinge o lado oposto. A manifestação exata das mudanças mentais, estão determinadas pelo tipo de conflito que estão envolvidos. O grau da “desordem” mental esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Uma pessoa com um conflito ativo pendente ou em suspensão estará em constelação esquizofrênica com o seguinte DHS que atinja o hemisfério cerebral oposto.

Uma pessoa pode sofrer simultaneamente dois conflitos da mesma natureza, por exemplo, um conflito de separação de mãe e pai, ao qual poria instantaneamente a pessoa em “constelação”.

Uma pessoa está em “constelação” quando um DHS tem um ou mais aspectos ou conteúdos de um conflito envolvido em ambos os hemisférios.

Quando uma pessoa esta “constelada” esta se encontra em dupla simpaticotonia, portanto em um estado de duplo estresse.

Uma pessoa que sofreu uma lesão cerebral (por acidente ou cirurgia) ou que se encontra sob a influencia de drogas ou álcool pode entrar em “constelação” somente com um conflito.

### **Constelação do tronco cerebral**

Figura 1

**A constelação dos túbulos coletores do Rim (TCR) envolve um conflito ativo existencial ou de abandono em cada hemisfério cerebral.**

Manifestação: Desorientação, sentir-se literalmente e/ou figurativamente perdido, sem direção, sem sentido ou sem sentido de tempo.

A lateralidade é insignificante

Dois conflitos de refugiado, abandono ou existencial que causem:

1. Desconcerto, consternação, ofuscação, atordoamento, desorientação.
2. Oliguria ou anúria
3. Desorientação temporal, espaço ou pessoal
4. Os dois globos oculares giram ligeiramente para os lados (estrabismo divergente duplo).

### **Constelação do cerebelo**

FIGURA 2

**A constelação do cerebelo implica em um conflito relacionado com as estruturas do cerebelo em cada hemisfério cerebral, por exemplo, ambas as mamas (glândulas).**

Manifestação: **Achatamento** emocional, ausência de qualquer emoção, a pessoa torna-se anti social, “fria” ou solitária.

A lateralidade e os lados mãe/filho ou parceiro: Tem que ser levados em consideração.

Exemplo: Câncer glandular bilateral

1. Crises emocionais.
2. Sensação de “morto por dentro”.
3. Emocionalmente desgastado/ queimado
4. Comportamento anti social/frio (constelação anti social)

### **Constelação da substancia branca**

FIGURA 3

**Implica em um conflito ativo de auto desvalorização em cada hemisfério cerebral**

Manifestação: Megalomania, ego grande (pode alcançar o grau de delírios)

A lateralidade e os lados mãe/filho ou parceiro tem que ser levado em consideração.

### **Constelação Megalomaníaca.**

Exemplo: ombro direito e esquerdo:

1. Auto desvalorização simultânea em relação a mãe/filho e parceiro.
2. Órgão: Osteólise em ambos os ombros.
3. PCL recalcificação com leucemia.

4. Megalomania desde o DHS até o final da PCL.
5. A constelação permite ao paciente sair por si mesmo da dupla rachadura (de la doble grieta) da auto estima.

### **Constelação do Córtex motor**

FIGURA 4

#### **Implica em um conflito motor ativo em cada hemisfério cerebral**

Manifestação: Repetição constante de certo(s) movimento(s) muscular(es).

O tipo em particular do movimento espasmódico aponta para o tipo de conflito motor envolvido. Aqui apresentam-se os tiques.

A lateralidade e os lados mãe/filho ou parceiro tem que ser levada em consideração.

### **Constelação do córtex sensorial**

FIGURA 5

#### **Implica em um conflito ativo de separação em cada hemisfério cerebral**

Manifestação: Memória fraca ou perda da memória a curto prazo. Aqui apresentam-se a síndrome de déficit de atenção/hiperatividade (ADD).

### **Constelação do córtex pós sensorial**

Implica em um conflito ativo de separação brutal em cada hemisfério cerebral.

Manifestação: Comprometimento da memória de curto praza ou perda completa da memória (amnésia). Aqui estão as demências e a doença de Alzheimer.

A lateralidade e os lados mãe/filho ou parceiro tem que ser levados em consideração

## DEPRESSAO PRIMÁRIA E MANÍÁ PRIMÁRIA

**Uma pessoa pode sofrer de mania ou de depressão somente quando o conflito envolve UM dos dois hemisférios cerebrais temporais no córtex** (no lado direito: medo territorial, perda territorial, raiva territorial, no lado esquerdo: conflito de susto/medo, conflito sexual, conflito de identidade, conflito de marcação territorial feminino). **O que determina que uma pessoa se torne depressiva ou maníaca esta determinado pelo sexo, a lateralidade e pelo estado hormonal.**

Sexo e lateralidade determinam se o primeiro conflito atinge o hemisfério direito ou esquerdo (localização).

O estado hormonal determina que o conflito seja experimentado de uma forma masculina ou feminina.

O Dr. Hamer descobriu que o estado dos hormônios sexuais (estrógenos, testosterona) que também são controlados pelo cérebro : Com o impacto de um conflito no lóbulo temporal direito, o nível de testosterona diminuiu. Com o impacto de um conflito no lóbulo temporal esquerdo, o nível de estrógenos decresce.

### LOBULO TEMPORAL:

Lado esquerdo = lado feminino (estrógenos), lado direito = lado masculino (testosterona)

**DEPRESSAO PRIMÁRIA** com **UM** conflito ativo no lóbulo temporal do hemisfério direito

### FIGURA 7

SINTOMAS: desde uma leve depressão até uma severa > depressão tensa/nervosa.

### **Quem pode deprimir-se?**

- Um homem destro com estado hormonal normal deprimi-se com seu primeiro conflito territorial
- Uma mulher canhota com um estado hormonal normal que sofre um conflito “feminino” (conflito de susto/medo, conflito sexual, conflito de identidade, conflito de não poder marcar os limites internos). Regra biológica: Uma mulher canhota responde a um conflito “feminino” no hemisfério cerebral direito. Como resultado do impacto no lado “masculino” (a testosterona abaixa), uma mulher canhota com seu primeiro conflito no córtex temporal torna-se duplamente feminina. Enquanto que uma mulher canhota encontra-se em atividade de conflito com seu conflito “feminino” estará deprimida.
- Mulher destra que passou da menopausa ou com níveis de estrógenos suprimida = quando os hormônios masculinos de uma mulher ultrapassam claramente seus hormônios femininos, por exemplo, se estiver na menopausa ou esta diminuída a quantidade de estrógenos devido a anticoncepcionais hormonais, com medicamentos supressores de hormônios, com quimio. Quanto o nível de estrógenos de uma mulher destra esta diminuído, seu lado feminino fecha-se para um aumento de atividade. Com as mudanças hormonais, sua identidade biológica muda > tornando-se mais masculina e então experimentará os conflitos seguintes de uma maneira mais “masculina”. Conseqüentemente este conflito “masculino”, impacta no hemisfério cerebral direito. Durante o conflito ativo a mulher estará deprimida.

Enquanto uma pessoa sofre de “depressão primária”, o desenvolvimento da “doença” no órgão correspondente continua agindo, por exemplo, quando a

mucosa brônquica esta envolvida, haverá uma ulceração dos brônquios durante a atividade do conflito.

Fase de cura: A depressão tensa-ativa torna-se uma depressão relaxada – passiva. Estes dois tipos de depressão são de características completamente diferentes.

**MANIA PRIMÁRIA** com **UM** conflito ativo no lóbulo temporal no hemisfério cerebral esquerdo.

#### FIGURA 8

Comportamento: ativo, impulsivo, hiper, frenético, desesperado (esesperado), energético.....

#### Quem pode tornar-se maníaco?

- Uma mulher destra com estado hormonal normal torna-se maníaca com seu primeiro conflito que impacta em seu lado “feminino”.
- Um homem canhoto com estado hormonal normal que sofre um conflito territorial (medo territorial, perda territorial, raiva territorial, marcação territorial). Regra biológica: um homem canhoto responde a um conflito “masculino” no hemisfério cerebral esquerdo. Como resultado do impacto no lado “feminino” (o estrógeno diminui) um homem canhoto torna-se duplamente masculino com seu primeiro conflito no córtex temporal. Enquanto um homem canhoto encontra-se em atividade de conflito com seu conflito “masculino” este torna-se maníaco.
- Um homem destro com nível de testosterona suprimido (diminuído): Quando os hormônios femininos de um homem ultrapassam claramente seus hormônios masculinos, por exemplo, quando estiver sob a administração de medicamentos que suprimem a testosterona ou em quimio. Quando o nível de



testosterona de um homem destro é diminuído, seu lado masculino fecha-se para mais atividade. Com as mudanças hormonais sua identidade biológica também muda. Torna-se afeminado e então experimentará seus conflitos de uma maneira “feminina”. Consequentemente, este conflito “feminino” impacta no hemisfério cerebral esquerdo. Durante a atividade do conflito o homem estará maníaco.

- Uma mulher canhota com nível de estrógenos diminuído = quando os hormônios masculinos ultrapassam claramente os hormônios femininos, por exemplo depois da menopausa, sob administração de medicamentos que suprimem os estrógenos, ou em quimio. Uma mulher com um estado baixo de estrógenos responde aos conflitos de maneira “masculina”. Porém como é canhota o conflito impacta no lado esquerdo. Durante a fase ativa do conflito a mulher torna-se maníaca.

Durante a “mania primária”, o desenvolvimento da “doença” no órgão correspondente continua atuando, por exemplo, quando a mucosa laríngea está envolvida, haverá uma ulceração na laringe durante a atividade do conflito.

## **CONSTELAÇÕES ESQUIZOFRÊNICAS CORTICAIS**

### **LÓBULO TEMPORAL**

O primeiro conflito que impacta no córtex temporal altera o ritmo natural do cérebro neste hemisfério e o fecha para maior atividade do conflito. Devido a hora que um lado esteja fechado, então o segundo conflito impactará automaticamente do lado oposto, pondo a pessoa em uma **constelação esquizofrênica ou Bi – hemisférica.**

Estando em “constelação” ambos os hemisférios cerebrais levam um ritmo diferente em relação ao outro, que é a razão após o “transtorno mental”.

Quando o lóbulo temporal recebe o segundo impacto a pessoa torna-se então **MANÍACO – DEPRESSIVA** ou **“BI – POLAR”**.

Sintomas gerais = ligeiras mudanças no estado de ânimo até mudanças emocionais agudas. Maníaco depressivo. A pessoa oscila entre a mania e a depressão. Quando o conflito no lado direito encontra-se acentuado, a pessoa está deprimida; quando o conflito no lado esquerdo está acentuado, a pessoa está maníaca.

## FIGURA 9

Para predominar o estado maníaco ou o estado depressivo a pessoa encontra-se em:

- a) Qual lado do córtex tem a massa do conflito maior (geralmente e sendo mais recente, o segundo conflito).
- b) Qual dos conflitos estiver mais acentuado. Tipicamente, a acentuação é iniciada pela ativação de uma pista ou track, seja pelo conflito real ou por qualquer associação com um componente do DHS original.

A condição maníaca depressiva pode mudar constantemente até a depressão, até tornar-se mania ou pode estar permanentemente acentuada de um lado. Uma pessoa também pode estar maníaca e deprimida ao mesmo tempo. Neste caso a depressão está “colorida” com mania ou vice versa, apresentando uma condição mental tensa.

O grau de “transtornos” maníacos – depressivos ou bipolar está determinado pela magnitude dos dois (ou mais) conflitos ativos.

O tipo exato de transtorno está determinado pelos locais exatos do cérebro que estão envolvidos, ou seja, quais tipos de conflitos estiverem envolvidos. Cada constelação da ao maníaco depressivo sua manifestação característica.

No momento em que a pessoa estiver em estado maníaco depressivo o desenvolvimento físico da “doença” no órgão correspondente é detido.

Se uma pessoa estiver ainda em crescimento e desenvolvimento da constelação do córtex temporal põe o sujeito em suspensão, observando um “atraso no desenvolvimento”. Nota: se o(s) conflito (s) não pode(m) ser

resolvido(s) ao redor dos 23 anos de idade, a pessoa permanece emocionalmente “atrasada” (Adulto infantil).

Quando um dos conflitos resolve-se, a pessoa:

- a) A pessoa não está mais em estado maníaco depressivo
- b) O desenvolvimento da “doença” em nível orgânico continua. É importante levar isso em consideração, sobretudo quando estiverem envolvidos os locais cerebrais que controlam o coração (ver constelação pós – mortal).

### **CONSTELAÇÃO PÓS MORTAL MANÍACO – DEPRESSIVA**

**Envolve ambos locais de controle cerebral do coração (artérias coronárias e veias coronárias).**

#### **FIGURA 10**

Sexo, lateralidade e estado hormonal determinam que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo (localização) e conseqüentemente em que lado impacte o segundo conflito (ordem dos impactos). O Estado hormonal determina que o conflito seja experimentado como **conflito de perda territorial** ou como **conflito sexual**. A magnitude em que se manifesta emocional e mentalmente a “constelação pós mortal” esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Quando o conflito encontra-se acentuado no lado direito (lado depressivo) a pessoa pensa constantemente sobre o que acontecerá depois da sua morte (“pós mortal”). Esta pessoa vê ela mesmo em um caixão, e imagina o cortejo fúnebre, quem assiste e o que dizem. Pode pensar constantemente sobre o tipo de parceiro sua esposa(o) elegerá para substituí-lo ou como serão divididas seus pertences pessoais depois da sua morte. Tipicamente, uma pessoa em uma constelação pós morte depressiva mostra interesse particular em temas relacionados com o estado depois da morte, tais como a reencarnação. Uma pessoa assim pode ver-se tentada a trabalhar em um

hospício. Existe um interesse muito particular em qualquer coisa que se relacionar com o tema “morte”.

Quando o conflito encontra-se acentuado no lado esquerdo (lado maníaco) A condição maníaca põe a pessoa em perigo de cometer suicídio. Clinicamente tem-se mostrado que a pessoa que sofre de depressão sempre trata de cometer suicídio durante a fase que sai da depressão. Por que, quando a depressão cessa, o conflito ligado ao hemisfério cerebral direito encontra-se menos acentuado e aquele no hemisfério esquerdo (maníaco) é repetidamente enfatizado. Esta mudança pode ocorrer em um segundo, particularmente quando o conflito no lado esquerdo é repetidamente acentuado por entrar em contato com uma pista (track). O “estilo” do suicídio neste tipo de constelação é às vezes uma “morte heróica” ou uma “morte dramática”.

**Estabelecer a sequencia dos conflitos, baseados nos gêneros, a lateralidade e o estado hormonal de uma pessoa é essencial para ser capaz de identificar e logo resolver o(s) conflito(s) exato(s) envolvido(s).**

### **Conteúdo dos conflitos e sequencia do conflito para uma mulher destra**

1º conflito: conflito sexual: Atinge uma área que controla as veias coronárias e o cérvix (ulceração durante a fase CA). Com o impacto no nível de estrógeno diminui (a mulher pode ter o seu período menstrual suspenso) – a identidade biológica muda. A mulher destra com um conflito sexual ativo torna-se maníaca e mais masculina, mostrando um comportamento “masculino”. Com o conflito sexual o hemisfério esquerdo fecha-se para maior atividade. Como resultado, uma mulher canhota com um conflito sexual pendente responde a futuros conflitos que estão ligados ao lóbulo temporal de uma forma “masculina” no hemisfério cerebral direito.

2º conflito: Perda territorial: Ao qual impacta na área cerebral que controla as artérias coronárias. Com o impacto do segundo conflito a mulher está em uma constelação maníaco depressiva pós mortal.

**Conteúdo do conflito e sequencia do conflito para uma mulher destra com nível de estrógenos baixo ou suprimido.**

1º conflito: perda territorial (por que uma mulher destra com um nível de estrógenos baixo ou suprimido responde a um conflito ligado ao lóbulo temporal de uma forma “masculina”). O conflito impacta na área cerebral que controla as artérias coronárias. Durante a atividade do conflito ela encontra-se deprimida (depressão primária). Com o conflito de perda territorial, o hemisfério cerebral direito fecha-se, a testosterona diminui e o segundo conflito é experimentado de uma maneira “feminina”.

2º conflito: conflito sexual: O qual impacta na área cerebral que controla as veias coronárias e o cérvix. Com o impacto do segundo conflito a mulher encontra-se em uma constelação maníaco depressiva pós mortal.

**Conteúdo do conflito e seqüência do conflito para uma mulher canhota.**

1º conflito: conflito sexual: Quando impacta na área cerebral que controla as artérias coronárias. Sendo que a mulher canhota, o primeiro conflito atinge o hemisfério direito do cérebro, o nível de estrógenos não diminui (continua com seu período menstrual e diminui a testosterona) e como resultado a mulher canhota com um conflito sexual torna-se duplamente feminina e fica deprimida (depressão primária). Esta mulher torna-se muito feminina (o oposto de uma mulher destra com conflito sexual na fase ativa).

Com o primeiro conflito sexual, o hemisfério direito fica fechado para mais atividade conflituosa do córtex temporal. Devido que o estrógeno não diminui, a mulher canhota responde a seu segundo conflito de maneira “feminina” ou seja, uma mulher canhota pode sofrer um conflito sexual duas vezes.

2º conflito: conflito sexual: atinge a área cerebral que controla as veias coronárias e o cérvix. Com o impacto do segundo conflito a mulher entra em uma constelação maníaco-depressiva pós mortal.

### **Conteúdo do conflito e sequencia do conflito para uma mulher canhota com nível de estrógenos baixo ou suprimido.**

1º conflito: perda territorial (Isto é porque uma mulher canhota com nível baixo ou suprimido de estrógenos responde de uma forma “masculina” a um conflito ligado ao lóbulo temporal). O conflito atinge na área cerebral que controla as veias coronárias. Durante a atividade do conflito, ela torna-se maníaca (mania primária). Com a perda territorial, o hemisfério cerebral esquerdo se fecha, o estrógeno diminui e o segundo conflito é experimentado de maneira “masculina”.

2º conflito: perda territorial: Ao qual impacta na área cerebral direita que controla as artérias coronárias. Com o impacto deste segundo conflito, a mulher encontra-se em uma constelação maníaco depressiva pós mortal.

### **Conteúdo do conflito e sequencia para um homem destro**

1º conflito: perda territorial: Ao qual atinge a área cerebral que controla as artérias coronárias (angina pectoris durante a fase ativa do conflito). Com o impacto do lado “masculino” o nível de testosterona diminui e a identidade biológica muda. O homem destro fica deprimido como um “lobo secundário” (afeminado, menos territorial, de um tipo mais suave)). Com o impacto do conflito territorial o hemisfério cerebral direito fica fechado para mais atividades. Como resultado, o homem destro com um conflito territorial pendente responde a conflitos futuros ligados ao lóbulo temporal de forma “feminina” no hemisfério cerebral esquerdo.

2º conflito: conflito sexual: Que impacta na área cerebral que controla as veias coronárias. Com o impacto do segundo conflito o homem esta em uma constelação maníaco – depressiva pós mortal.

### **Conteúdo do conflito e sequencia do conflito para um homem canhoto.**

1º conflito: perda territorial Que atinge a área cerebral que controla as veias coronárias (angina pectoris leve durante a fase ativa do conflito). Sendo que em um homem canhoto o primeiro conflito impacta no hemisfério cerebral esquerdo (“feminino”), o nível de testosterona não diminui (o estrógeno diminui) e como resultado o homem canhoto torna-se duplamente masculino com seu primeiro conflito territorial e maníaco (mania primaria). Este homem torna-se muito masculino, um homem “macho” (o oposto do tipo suave do homem destro com conflito territorial ativo). Em termos biológicos o homem canhoto é também um “lobo secundário”. Por tanto quando o “alfa” (o chefe) aparece este tipo de homem detem o seu comportamento tipo “macho”. O homem canhoto maníaco com um conflito territorial ativo tem mais vigor e força, também mais impulso sexual comparado a um homem destro que apresenta um conflito territorial ativo.

Com o primeiro conflito territorial, o hemisfério cerebral esquerdo fecha-se para maior atividade. Devido a que o nível de testosterona não diminui, o homem canhoto também responde a seu segundo conflito de uma forma “masculina”. Um homem canhoto é capaz de sofrer um conflito territorial duas vezes.

2º conflito: perda territorial: Este atinge a área cerebral que controla as artérias coronárias. Com o impacto do segundo conflito o homem canhoto encontra-se em uma constelação maníaco – depressiva pós mortal.

## **CONSTELAÇÃO CASANOVA – Somente em HOMENS**

### **FIGURA 11**

A constelação Casanova esta ligada aos locais cerebrais cujo o controle é as arterias e veias coronárias da mesma maneira que as constelação pós mortal. Porém, somente é chamada constelação casanova quando ambos os conflitos são sentidos em relação a uma mulher.

No que diz respeito ao conteúdo dos conflitos e sua seqüência, no homem destro o segundo conflito é um conflito de “perda” do tipo sexual.

No caso de um homem canhoto o segundo conflito é um conflito de perda territorial (ver regras na constelação pós mortal). Com o impacto do segundo conflito, o homem torna-se maníaco depressivo.

Geralmente, as constelação CasaNova manifesta-se como um interesse muito pronunciado nas mulheres.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) encontra-se acentuado: Tipicamente um “CasaNova” maníaco aproxima-se das mulheres de maneira muito direta e forte. É um mulherengo ativo. Devido que um homem canhoto é duplamente masculino com seu primeiro conflito, o homem canhoto nesta constelação mostra um “comportamento CasaNova” mais forte. Com uma grande massa de conflito “maníaca” isto pode converter-se em um caso patológico.

Quando o conflito no hemisfério direito (lado depressivo) encontra-se acentuado: O comportamento CasaNova esta “colorido” com um humor depressivo (calado, introvertido, melancólico).

## **CONSTELAÇÃO NINFO – MANIACA – DEPRESSIVA – Somente em MULHERES**

### **FIGURA 12**

Igualmente que a constelação pós mortal, esta constelação esta também ligada a ambos os locais de controle das coronárias. Somente é chamada de “constelação Ninfomaníaca – depressiva” quando ambos os conflitos foram sentidos em relação a um homem.

Quando os conteúdos dos conflitos e sua sequencia, em uma mulher destra o segundo conflito é um conflito de perda territorial (por que com o primeiro conflito, diminui o nível de estrógeno). Para uma mulher canhota, o segundo conflito é do tipo sexual, por que ela pode experimentar um conflito deste tipo duas vezes (ver regras na constelação pós mortal).



Com o impacto do segundo conflito a mulher torna-se maníaco depressiva.

Geralmente, uma mulher em uma constelação mostra um maior interesse nos homens. O estilo e a forma exatos do seu comportamento estão determinados pela magnitude dos conflitos implicados.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) encontra-se acentuado: A condição maníaca esta associada com uma grande atração por homens. Falando biologicamente, a mulher torna-se “disponível” para os homens, de tal maneira que possa resolver os seus conflitos sexuais. Uma mulher em constelação Ninfomaníaca é potencialmente hipersexual. Uma mulher canhota é mais inclinada a ter o lado maníaco acentuado devido a que o segundo conflito é mais recente.

Quando o conflito no hemisfério direito (lado depressivo) encontra-se acentuado: O comportamento “ninfo” da mulher encontra-se **colorido (coloreado)** em um estado de ânimo depressivo (calada, introvertida, melancólica).

## **CONSTELAÇÃO AGRESSIVA MANIACA – DEPRESSIVA**

Envolve os locais cerebrais do reto e do estômago/vias biliares e pancreáticas.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: Determinam que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (orem ou seqüencia dos impactos). Estado hormonal determinará que o conflito seja experimentado como um conflito de identidade **ou um conflito de raiva no território** (ver regras para o conteúdo do conflito e sua seqüencia na constelação pós mortal).

A magnitude em que a constelação agressiva manifesta-se emocionalmente e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos implicados.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) esta acentuado: Com uma condição maníaca uma pessoa nesta constelação pode

tornar-se extremamente furiosa, agressiva ou violenta com os demais. Aqui encontramos o abuso físico e tendências sádicas. Uma pessoa maníaca nesta constelação tem uma “disposição ao crime” e portanto é capaz de realizar crimes brutais (sempre e quando exista atividade do conflito aguda). Os suicídios cometidos nesta condição maníaca agressiva são cometidos de uma maneira brutal. Os homens canhotos nesta constelação são particularmente voláteis e podem explodir a qualquer momento por que estão com dois conflitos ativos no lóbulo temporal, são duplamente masculinos e estão já em estado maníaco com seu primeiro conflito territorial.

Quando o conflito no hemisfério direito (lado depressivo) está mais acentuado: Uma pessoa em uma constelação agressiva depressiva dirige a agressão até ele/ela mesmo(a). Aqui encontramos tendências masoquistas, por exemplo, auto mutilação.

## **CONSTELAÇÃO VOAR OU VOANDO**

Implica na mucosa laríngea e a mucosa brônquica.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: Determinam em que lado o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou seqüências dos impactos). Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado com um conflito de susto ou um conflito de medo no território (ver regras para o conteúdo do conflito e sua seqüência na constelação pós mortal). A magnitude em que se manifesta emocional e mentalmente a constelação voando está determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Geralmente, uma pessoa em constelação voando está em “órbita”, não está na terra, mais ou menos separado da realidade.

Quando o conflito no hemisfério direito (lado depressivo) encontra-se acentuado: Os sintomas típicos de estar “voando” encontram-se combinados

com um estado de ânimo depressivo. Estar “down” expressa-se em si mesmo em sonhos ou delírios com um sentido de estar caindo\* ou batendo.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) encontra-se acentuado: Uma pessoa nesta condição tem uma maior tendência a se matar. Tipicamente, a pessoa em uma constelação voando tenta suicidar-se pulando de uma ponte, de uma janela, de um lugar alto, ou se enforcando. Estando maníaco, a condição expressa-se em si mesmo nos sonhos ou delírios com um sentido de estar se elevando\*.

### **CONSTELAÇÃO MITO – MANIACA – DEPRESSIVA**

Implica no local de controle cerebral do reto e da mucosa brônquica.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: determina que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou sequencia dos impactos).

Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado como um conflito de identidade ou um conflito de medo no território (ver regras para o conteúdo do conflito, sua sequencia em constelação pós mortal). A magnitude em que a constelação mito maníaca – depressiva manifesta-se emocional e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Geralmente as pessoas com esta constelação tem dificuldades para diferenciar entre verdade e ficção.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) encontra a acentuado: Aqui encontramos **oradores** maníacos (profissionais) e aos que contam histórias. Um mito – maníaco (psicótico) fala constantemente, sua fala é frequentemente tao rápida que ultrapassa a si mesma. Também existe uma tendência de exagero verbal ou de um mentir patológico. Um escritor mito – maníaco (profissional) escreve excessivamente e publica um livro depois do

outro. Em combinação com uma constelação pós – mortal podemos encontrar os pregadores religiosos (por exemplo na televisão). Os chamados assassinos seriais e os jornalistas de fofocas as vezes tem uma combinação de constelações mito maníaca e agressiva bio – maníaca .

Quando um conflito no hemisfério direito (lado depressivo) encontra-se acentuado: Aqui encontramos o orador e o narrador de histórias depressivas, ou o escritor do tipo introvertido. Um escritor que também tem uma constelação Voando tem preferências por temas não reais, como por exemplo ficção, OVNIS, etc.

## **CONSTELAÇÃO AUTISTA**

Implica nos locais cerebrais que controlam a mucosa laríngea, do estômago, pâncreas e vias biliares.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: determina que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou sequencia dos impactos).

Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado como um conflito de susto ou um conflito de raiva no território (ver regras para o conteúdo do conflito, sua sequencia em constelação pós mortal). A magnitude em que a constelação autista manifesta-se emocional e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Quando o conflito no hemisfério esquerdo (lado maníaco) encontra a acentuado: Uma pessoa em uma constelação autista manifesta um comportamento autístico “ativo”. Dependendo da magnitude dos conflitos envolvidos a pessoa autista maníaca pode mostrar sua retração de uma forma mais ou menos psicótica, porém também com uma hiper-productividade em seu próprio mundo. Esta constelação pode produzir artistas, cientistas e escritores excepcionais (estes últimos com uma constelação mito maníaca).

Quando um conflito no hemisfério direito (lado depressivo) encontra-se acentuado: O autismo “passivo” pode oscilar desde um grau de retração total até uma timidez “normal”.

## **CONSTELAÇÃO ANORÉXICA**

Implica o local de controle cerebral do estômago e condutos biliares/pancreáticos em combinação com qualquer local de controle cerebral do córtex territorial esquerda.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: determina que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou sequencia dos impactos).

Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado de maneira masculina ou feminina (ver regras para o conteúdo do conflito, sua sequencia em constelação pós mortal). A magnitude em que a constelação anoréxica manifesta-se emocional e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.

Geralmente pessoas com esta constelação priva-se dos alimentos até morrer de fome. Neste caso a pessoa encontra-se em dupla simpaticotonia pelo qual o consumo de energia é muito intenso e a pessoa consome suas reservas.

## **O TERCEIRO CONFLITO em uma constelação Esquizofrênica maníaco – depressiva.**

Com relação ao impacto cerebral de um terceiro conflito cortical, o Dr.Hamer descobriu mais uma lei biológica. Encontrou, que a razão por que impacta um terceiro conflito no hemisfério cerebral direito ou no esquerdo esta

determinada pela lateralidade, assim pelo qual os conflitos encontram-se acentuados no momento do terceiro trauma.

O sentimento após o terceiro conflito, por exemplo que o conflito seja sentido de uma maneira feminina de identidade ou como um conflito masculino de território, não está determinado pelo estado hormonal atual (a masculinidade/feminilidade, por exemplo se a mulher encontra-se em pós menopausa ou em supressão hormonal por pílulas) mas pela masculinidade ou feminilidade cerebral, que determinam que a pessoa esteja maníaca (estrógeno baixo) ou deprimida (testosterona baixa).

### **Homem destro e mulher destra (para pessoas destros)**

- Quando o conflito no hemisfério cerebral direito encontra-se acentuado, ou seja, quando a pessoa encontra-se deprimida.  
→ 3º conflito atinge também o lado direito. Resultado: a pessoa sofre uma **Dupla depressão.**
- Quando o conflito no hemisfério cerebral esquerdo encontra-se acentuado, ou seja quando a pessoa mostra-se maníaca.  
→ 3º Conflito atinge também o lado esquerdo. Resultado: a pessoa sofre uma **Dupla mania.**

Em constelação somente uma pessoa destra pode sofrer uma depressão dupla ou mania dupla.

### **Homem canhoto e mulher canhota (para pessoas canhotos)**

- Quando o conflito no lado direito encontra-se acentuado, ou seja, quando a pessoa encontra-se deprimida.  
→ 3º Conflito atinge o lado oposto (esquerdo).
- Quando o conflito no lado esquerdo encontra-se acentuado, ou seja quando a pessoa está maníaca.

→ 3º Conflito atinge o lado oposto (direito).

A mesma regra pode ser aplicada a um quarto conflito e os seguintes conflitos atingem o hemisfério oposto ao terceiro conflito.

Com um terceiro e com posteriores conflitos no córtex temporal, o desenvolvimento físico das “doenças” nos órgãos correspondentes se mantém parado.

## **CONSTELAÇÕES ESQUIZOFRENICAS DO CORTEX VISUAL**

Envolvem os locais cerebrais que controlam a retina e o corpo vítreo.

NOTA: A lateralidade e o lado mãe – filho/ parceiro, tem que ser levados em consideração. O estado hormonal NÃO desempenha nenhum papel.

Manifestação mental: **paranóia, mania de perseguição.** A magnitude que se manifesta mental e emocionalmente a paranóia esta determinada pela magnitude dos conflitos.

A constelação do córtex visual é causada por dois ou mais conflitos de medo por trás – um em cada hemisfério cerebral. Existem quatro possibilidades deste tipo de constelação:

FIGURA

## **CONSTELAÇÃO ESQUIZOFRÊNICAS DO LÓBULO FRONTAL**

Manifestação mental: **Ansiedade, medo constante sobre o futuro** (o que ainda vem ou que esta mais adiante).

Implicam os locais de controle cerebral dos condutos tireóideos e dos condutos faríngeos.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: determina que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou sequencia dos impactos).

Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado como um conflito de impotência ou um conflito de medo frontal (ver regras para o conteúdo do conflito, sua sequencia em constelação pós mortal). A magnitude em que a constelação manifesta-se emocional e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos. Nota: Esta constelação não produz maníaco – depressão.

### **CONSTELAÇÃO FRONTO – OCCIPITAL**

Manifestação mental: **Ansiedade com paranóia** (complexo de perseguição) e medo constante do futuro. A magnitude em que se manifesta mental e emocionalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos. Nota: Esta constelação não produz maníaco depressão.

Conflitos: **Perigo da frente para trás.** Implica nos locais cerebrais que controlam os condutos tireóideos e/ou condutos faríngeos e os locais que controlam a retina e/ou corpo vítreo.

### **CONSTELAÇÃO ESQUIZOFRÊNICA AUDITIVA**

FIGURA

#### **Conflito auditivo cortical:**

1. Não quero escutar isso (som ou voz)



2. Alguém não quer escutar algo (não acredita no que esta escutando)
3. Escuta algo impossível (som ou voz).

Manifestação mental: VOX – Escutar vozes. Uma pessoa escuta vozes quando ambos os locais de controle cerebrais corticais encontra-se envolvidos, e em ambos os casos a voz de uma pessoa ou de várias pessoas estiveram presentes quando ocorreram os conflitos auditivos.

**Conflitos que ativam uma constelação de conflito auditivo:**

- a) Ruídos (2 zumbidos)
- b) Vozes ouvidas.
- c) Ruídos em um ouvido, voz em outro ouvido.

As vozes que são escutadas são as vozes envolvidas no DHS original ou tem a mesma frequência (auditiva). Também: o que as vozes “dizem”, podem apontar para a direção do conflito original que causou o conflito auditivo. Quando maior a massa de conflito, mais real (psicótica) torna-se a alucinação auditiva para a pessoa.

1. Os conflitos auditivos pode ser territoriais.
2. A lateralidade é decisiva de forma restringida.
3. Aplicam “regras da balança”.
4. Os conflitos auditivos pode ser relacionados a uma pessoa (mãe/filho ou parceiro)

**Sons do zumbido:** badaladas, assovios, rangidos.

**Fase CA:** Zumbidos (sem comprometimento da audição).

**Fase PCL:** Diminuição da audição das frequências envolvidas.

**Zumbidos da palavra:** Palavra ou frase.

**Fase CA:** A palavra ou frase particular aderem ao ouvido (como um verme)

**Fase CA:** Em ambos os ouvidos: a pessoa esta ouvindo vozes que “falam” a pessoa ou a uma ou outra (esquizofrenia paranóia). Como um dos conflitos na fase PCL as vozes desaparecem.

**Fase PCL:** Diminuição da audição das frequências da palavra ou frase envolvidas.

## **CONSTELAÇÃO BULÍMICA**

### **FIGURA**

Envolve os locais de controle cerebral das células alfa dos islotes pancreáticos e da mucosa ectodérmica do estômago, condutos biliares e pancreáticos.

**N.B** Somente um dos conflitos é territorial (o do córtex cerebral direito) pelo qual predomina a depressão e não se apresenta mania.

Sexo, lateralidade e estado hormonal: determina que o primeiro conflito impacte no lado direito ou esquerdo do cérebro e conseqüentemente em que lado impactará o segundo conflito (ordem ou sequencia dos impactos).

Estado hormonal: Este determina que o conflito seja experimentado como um conflito de medo com repugnância feminino ou resistência masculina e de raiva/rancor no território ou de identidade/indecisão territorial.

Na mulher destra a sequencia os conflitos são:

1. Conflito de medo com repugnância (reação feminina).
2. Conflito de rancor no território (reação masculina)

Na mulher canhota a sequencia de conflitos é:

1. Conflito de identidade (reação feminina).
2. Conflito de medo com repugnância (novamente reação feminina)

O homem destro a sequencia é:

1. Conflito de rancor no território (reação masculina)
2. Conflito de medo com repugnância (reação feminina).

O homem canhoto a sequencia é:

1. Conflito de por resistência (reação masculina)
2. Conflito de rancor no território (novamente reação masculina)

A “voracidade” é resultado de que a pessoa esta continuamente em estado hipoglicemico por falta de glucagon por causa do Foco de Hamer ativo no córtex esquerdo do cérebro (local de controle cerebral de células alfa dos ilotes pancreáticos). A pessoa sempre tem fome e como continuamente para **contabilizar (contrarrestar)** sua hipoglicemia. Por causa da ulcera gástrica controlada desde o córtex territorial direito do cérebro, apresenta-se o estímulo de vômito.

A magnitude em que esta constelação manifesta-se emocional e mentalmente esta determinada pela magnitude dos conflitos envolvidos.