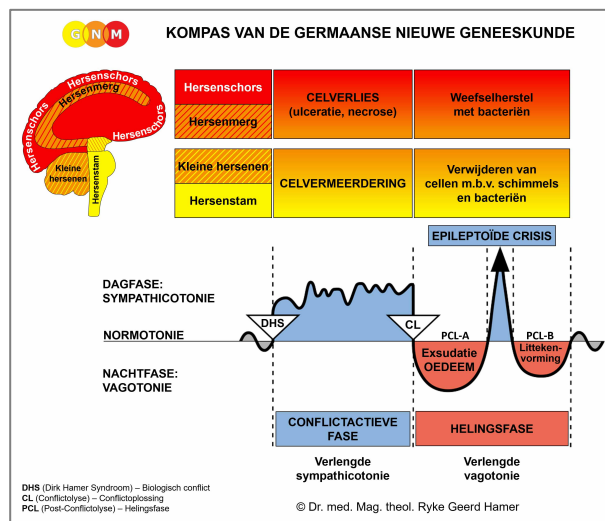




# BIOLOGISCHE SPECIAALPROGRAMMA'S

## HART

geschreven door Caroline Markolin, Ph.D.



**Hartspier (ventriculaire hartspier)**

**Hartspier (atriale hartspier)**

**Endocard en hartkleppen**

**Hartzakje**

**Kransslagaderen**

**Kransaderen**

**Aorta – Halsslagaderen – Ondersleutelbeenslagader**

**Sinus caroticus**

## HET HART IS GEEN POMP

In tegenstelling tot de gangbare theorie hebben bevindingen uit de embryologie en andere bronnen aangetoond dat het hart geen mechanische pomp is, die bloed door de bloedvaten duwt, maar dat het bloed in plaats daarvan wordt voortgestuwd door zijn eigen biologische kracht, wat door het hart wordt gestimuleerd. In de natuur bewegen vloeistoffen op een spiraalvormige manier. Daarom wordt verondersteld dat de structuur van het cardiovasculaire systeem optimaal profiteert van deze natuurlijke neiging van vloeistoffen om zich spiraalvormig voort te bewegen.

Deze spiraalbeweging van het hart en het bloed werd vastgesteld en gemeten door verschillende onderzoekers:

Al in 1908 ontleedde **James B. Pettigrew**, hoogleraar geneeskunde aan St. Andrews University (Schotland), het hart en ontdekte dat de hartspier uit zeven spierlagen bestaat. Pettigrew stelde dat er een groep spieren samentrekt tijdens de systole, terwijl de andere spiergroep energie opslaat die wordt gebruikt tijdens de diastole. Volgens hem is de beweging van de hartspier die van een draaiende pendule (*Design in Nature*, 1908).

In de jaren 1920 onderwees wetenschapper en filosoof **Rudolf Steiner** zijn medische studenten dat de spiraalvormige stroom in de bloedvaten van het embryo wordt voortgestuwd door zijn eigen biologische momentum, geïnitieerd in de buizen die uiteindelijk het hart worden. Het hart ondersteunt hooguit dit proces. In *Psychoanalysis and Spiritual Psychology* stelt Steiner: "De druk is niet de oorzaak van de bloedstroom maar het resultaat daarvan."

In 1932 filmde **J. Bremer**, een wetenschapper van de Harvard University, de bloedstroom in embryo's voordat de hartkleppen worden gevormd. Hij merkte op dat het spiraalvormig stromende bloed door het pulserende hart wordt gestimuleerd zonder turbulentie in het bloed te veroorzaken. Hij beschreef de twee spiraalvormige stromen in de hartbuizen, die met verschillende voorwaartse snelheden rond hun eigen lengteassen en om elkaar bewegen ("Presence and influence of spiral streams in the heart of the chick embryo", *American Journal of Anatomy*, 49: 409-440). De bevindingen van Bremer werden in 1981 bevestigd door de chirurgische studies van A. Arbulu en I. Asfaw: "Niet alleen wordt de bloedstroom gehandhaafd in het embryo nog vóór de vorming van de hartkleppen; er zijn ook meldingen bekend van volwassenen bij wie zowel de geïnfecteerde drieslippige (rechter) hartklep (valvula tricuspidalis) als de longkleppen chirurgisch werden verwijderd en niet werden vervangen door prothetische kleppen, zonder noemenswaardige problemen."

De Oostenrijkse onderzoeker **Viktor Schauberger** (1885-1958), een gevierd man vanwege zijn buitengewone ontdekkingen op het gebied van de energie van water, verklaarde bij vele gelegenheden dat het hart geen pomp is, maar dat de functie van het hart eerder die van een regulator van de bloedstroom is. Hij zag de peristaltische en pulserende werking van de bloedvaten als de elementen die verantwoordelijk zijn voor de bloedsomloop. Volgens professor **Kurt Bergel** (ca. 1925-'30) van de Universiteit van Berlijn wordt deze functie uitgevoerd door miljoenen zeer actieve haarvaten die overal in het lichaam aanwezig zijn. Bergel ontdekte deze pulsatie door de kleine bloedvaten die zich rond de dooierzak van het ei van een vogel vormden te observeren. Bij het openen van het ei merkte hij dat bloedvaten rond de dooierzak nog pulseerden voordat ze afkoelden, hoewel het hart nog niet was gevormd.

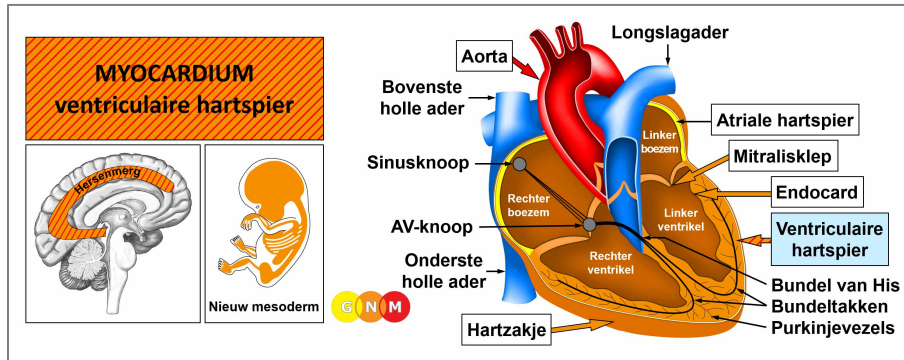
**Ralph Marinelli** van de Temple University in Philadelphia schreef: “Wanneer het hart begint te functioneren wordt het momentum van het bloed gestimuleerd door middel van spiraalvormige impulsen. De slagaderen dienen als een bijkomende nabootsing van het hart, door spiraalvormige impulsen te geven aan het circulerende bloed. Daarbij verwijden de slagaderen zich om het binnenkomende bloed te ontvangen en contracteren om een impuls te geven aan het momentum van het bloed” (*The Heart is not a Pump*, 1995).

**Het thema van de spiraal is duidelijk waarneembaar in de functie en vorm van het hart en de bloedvaten:** “De spiraalvorm op de binnenbekleding van de bloedvaten, het temperatuurverschil tussen de kern en de ledematen en het elektromagnetische ladingsverschil tussen arterieel (zuurstofrijk) en veneus (CO<sub>2</sub>-rijk) bloed lijken de circulaire bloedsomloop te faciliteren” (Viktor Schauberger). “Het spierstelsel van het hart en de slagaderen tot aan de haarvaten zijn spiraalvormig georiënteerd en zowel het hart als de slagaderen bewegen in een spiraalvorm om het momentum van het bloed te vergroten” (Stonebridge and Brophy, 1991). “Het hart beweegt zich zoals het doet vanwege de bundels gestreepte spiervezels, die in een spiraalvorm in dezelfde richting zijn georiënteerd en met elkaar samenwerken om de beweging te bewerkstelligen ... in 3D hebben harten hun eigen draaiing. In plaats van een simpele pompactie circuleren ze bloed alsof ze een handdoek uitwringen” (*Harvard School of Engineering and Applied Sciences*, 24 februari 2014).

Moderne analyse van het hart heeft aangetoond dat de hoeveelheid druk die daadwerkelijk nodig is om het bloed over de volle lengte van de bloedvaten van het lichaam voor te sturen een gewicht van honderd pond per mijl moet kunnen dragen. Gezien het feit dat het menselijk lichaam 96.000 km bloedvaten bevat is het ondenkbaar dat het hart voldoende vermogen zou kunnen produceren om het bloed als zodanig te laten circuleren (Ernst O. Attinger, *Hydrodynamics of Blood Flow*, Univ. Virginia Med. Center, Charlottesville, VA).

Bronnen: “The Heart is not a Pump. A Refutation of the Pressure Propulsion Premise of Heart Function” by R. Marinelli et al. (*Semantic Scholar*, 1995) en “Living Energies, Viktor Schauberger’s Brilliant Work with Natural Energy Explained” by Callum Coats, 1995

Aanbevolen video [The Heart May Not be a Pump: Thomas Cowan, MD, on Cardiovascular Disease](#)

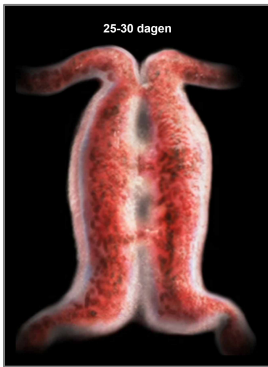


**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE HARTSPIER (VENTRICULAIRE HARTSPIER):** Het hart bevindt zich in de borstholte, tussen de longen. De basis van het hart is nauw verbonden met het middenrif; het hartzakje omhult het hart en houdt het op zijn plaats. De kransslagaderen en kransadereen voorzien de hartspier van bloed.

Het hart bestaat uit vier kamers, de rechter boezem en de linker boezem (bovenste kamers) en het rechter ventrikel en linker ventrikel (onderste kamers). De twee zijden van het hart worden gescheiden door het septum. De hartspier bestaat uit spierweefsel, dat het grootste deel van de hartwand vormt. Het vormt de dikke middelste laag tussen het buitenste epicardium, dat deel uitmaakt van het hartzakje (pericardium) en het binnenste endocardium, dat de hartholten en de hartkleppen bekleedt. De samentrekkingen van de hartspier zetten de kracht in gang die de bloedstroom door de bloedvaten voortbeweegt. De twee ventrikels voeren het bloed van het hart. Vanuit het rechter ventrikel stroomt zuurstofarm bloed door de longslagader naar de longen (longcirculatie), terwijl het linker ventrikel zuurstofrijk bloed via de aorta naar alle andere organen (systemische circulatie) aflevert. De twee boezems ontvangen het bloed dat terugkeert naar het hart. De rechter boezem ontvangt zuurstofarm bloed van de bovenste holle ader en de onderste holle ader, de linker boezem ontvangt zuurstofrijk bloed van de longen via de longadereen. Verderop in de bloedstroomcyclus ledigen de boezems het bloed in de rechter en linker ventrikel. De hartkleppen, gepositioneerd in de kamers van het hart, openen en sluiten en zorgen er daarmee voor dat het bloed slechts in één richting kan stromen.

**OPMERKING:** Gedurende de “visperiode” bestond het hart uit twee buizen, met één buis die zuurstofrijk bloed van de kieuwen naar organen vervoerde, terwijl de andere buis het zuurstofarme bloed terugvoerde naar de kieuwen (zie kieuwbooggangen). Tijdens de periode in de evolutie dat het leven zich naar het land verplaatste ontwikkelden zich de longen, waardoor zuurstof uit de lucht kon worden gehaald in plaats van uit het water. Dit was de tijd waarin de kieuwademhaling werd vervangen door longademhaling. Om ruimte te maken voor de zich ontwikkelende longen **draaiden de hartbuizen** ongeveer 180 graden. Als resultaat daarvan werd de oorspronkelijke rechter buis de linker hartkamer, met de linker boezem en het linker ventrikel en de oorspronkelijke linker buis werd de rechter hartkamer met de rechter boezem en het rechter ventrikel. Het septum scheidde het hart in twee afzonderlijke eenheden. De kransslagaderen, die op het buitenoppervlak van het hart werden aangelegd, ontwikkelden zich uit de [kieuwboogslagaderen](#) (zie ook aorta, halsslagaderen en ondersleutelbeenslagaderen).

In het menselijk embryo ontwikkelen de beide hartbuizen zich gedurende de eerste 21 dagen. Vanaf de 22e dag beginnen de hartbuizen te fuseren. De draaiing van het embryonale hart treedt op tussen de 22e en 24e dag. De bloedstroom wordt al gehandhaafd vóór de vorming van de hartkleppen (zie J. Bremer).



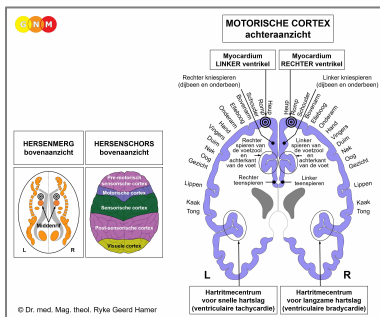
Deze foto toont de twee hartbuizen van een menselijk embryo vóór de draaiing.

In [deze video](#) deelt Alexander Tsirias een krachtige visualisatie van de menselijke ontwikkeling van conceptie tot geboorte.

De AV-knoop (atrioventriculaire knoop), gelegen op de grens tussen de rechter boezem en de rechter ventrikel, pikt de elektrische signalen voor de hartslag op van de sinusknop (in de rechter boezem) en stuurt deze naar de Bundel van His, die de puls van het hart via de bundeltakken van gespecialiseerd hartspierweefsel naar de Purkinjevezels leidt. De Purkinjevezels zijn samengesteld uit gespecialiseerde spiercellen die in staat zijn om de elektrische ontlading sneller naar de ventrikels over te brengen dan de andere delen van het [prikkelgeleidingssysteem](#) van het hart.

**OPMERKING:** Oorspronkelijk bestond het gehele hart uitsluitend uit gladde spieren. Na verloop van tijd werden de gladde spieren van de ventrikels grotendeels (ongeveer 90-95%) vervangen door de efficiëntere dwarsgestreepte spieren. Vandaar dat de bundel van His de prikkels uit de boezem tegenwoordig louter naar de gladde ventriculaire spieren geleidt.

De dwarsgestreepte spieren van de ventrikels zijn afkomstig van het nieuw mesoderm en worden aangestuurd vanuit het hersenmerg en de motorische cortex. De gladde spieren worden aangestuurd vanuit de [middenhersenen](#).



**HERSENNIVEAU:** De hartspier (incl. AV-knoop, bundel van His, bundeltakken en purkinjevezels) heeft twee controlecentra in de grote hersenen. De trofische functie van de spier, verantwoordelijk voor de voeding van het weefsel, wordt aangestuurd vanuit het [hersenmerg](#); de samentrekking van de ventrikels en het ventriculaire prikkelgeleidingssysteem worden aangestuurd vanuit de **motorische cortex** (deel van de hersenschors). De rechter hartspier wordt aangestuurd vanuit de rechter helft van de grote hersenen; de linker hartspier wordt aangestuurd vanuit de linker hersenhelft (zie GNM-diagram van de [motor homunculus](#)). **Vanwege de 180 graden draaiing van de hartbuizen is er GEEN kruislings verband tussen de hersenen en het orgaan.** De motorische hartritme centra regelen de langzame hartslag (ventriculaire bradycardie) en de snelle hartslag (ventriculaire tachycardie).

**OPMERKING:** De hartspier is functioneel nauw verbonden met het middenrif. De controlecentra van de hartspier bevinden zich daarom direct boven de hersenrelais van het middenrif.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met de hartspier is een “**overbelastingsconflict**” veroorzaakt door een negatieve overbelasting van stress (vergelijk met fysiek overweldigd conflict gerelateerd aan het middenrif).

**OPMERKING:** Het **conflict heeft altijd betrekking op een persoon of personen** (een overweldigende werklust wordt bijvoorbeeld geassocieerd met een veeleisende baas of met een collega door wie men onvoldoende ondersteund wordt in plaats van met het werk zelf). Of de rechter- of linker hartspier (of beide) zijn betroffen wordt bepaald door iemands biologische handigheid en of het conflict moeder/kind of partner gerelateerd is. Door de draaiing van de hartbuizen is het **lateraliteitsbeginsel omgekeerd**. Daarom reageert een rechtshandige persoon op een moeder/kind-gerelateerd overweldigd conflict met de rechter hartspier; als het conflict verband houdt met een partner met de linker hartspier. Een linkshandige persoon reageert op een moeder/kind-gerelateerd overweldigd conflict met de linker hartspier; als het conflict verband houdt met een partner met de rechter hartspier.

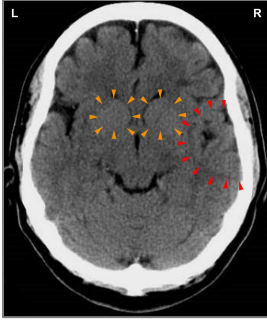
**CONFLICTACTIEVE FASE:** **Celverlies (necrose) van het hartspierweefsel** (aangestuurd vanuit het hersenmerg) en, evenredig aan de mate van de conflictactiviteit, toenemende **verlamming van de hartspier** (aangestuurd vanuit de motorische cortex).

**OPMERKING:** De dwarsgestreepte spieren behoren tot de groep organen die reageren op het gerelateerde conflict met functioneel verlies (zie ook Biologische Speciaalprogramma's van de eilandcellen van de alveeskluis (alfa-eilandcellen en bèta-eilandcellen), binnenoor (slakkenhuis en evenwichtsorgaan), reukzenuwen, netvlies en glasachtig lichaam van de ogen) of hyperfunctie (botvlies en thalamus).

De necrose vindt plaats aan de buitenkant van de hartspier, in het midden, aan de binnenkant of “transmuraal” (beïnvloedt alle lagen). Het verlies van hartspierweefsel vertraagt de geleiding van de elektrische impulsen van het hart, omdat het signaal van de AV-knoop het genecrotiseerde gebied moet omzeilen. Dit veroorzaakt een **onregelmatige hartslag** (vergelijk met bradycardiale aritmie en tachycardiale aritmie). Deze gesteldheid wordt een “**bundeltakblok**” genoemd (vergelijk met AV-blok). Als het conflict aanhoudt kan de dunne wand van de hartspier scheuren waardoor bloed in het hartzakje stroomt (zie transudatieve pericardiale effusie). Een myocardperforatie kan ook optreden tijdens de Epileptische Crisis. De scheuring veroorzaakt een **hartstilstand** (vergelijk met een hartstilstand gerelateerd aan het hartzakje of de kransslagaderen).

**OPMERKING:** Volgens de conventionele geneeskunde wordt de necrose van de hartspier veroorzaakt door een gebrek aan bloedtoevoer als gevolg van een coronaire occlusie. Op basis van de GNM-kennis en de nieuwste bevindingen in de cardiologie is deze veronderstelling onjuist gebleken (zie de helingsfase van de kransslagaderen).

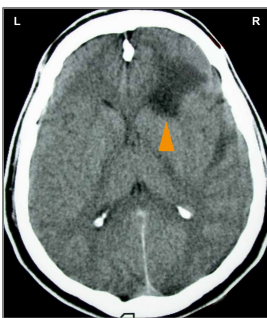
Bij langdurige conflictactiviteit raakt de hartspier verzwakt, wat resulteert in **fysieke oververmoeidheid** (moeilijker traplopen of kleine afstanden lopen) vanwege het verminderde vermogen van het hart om een voldoende hoeveelheid bloed in de bloedsomloop van het lichaam te brengen. Dit wordt in medische termen een **myocard- of hartinsufficiëntie** genoemd (in de volksmond “**hartfalen**”). Als de linker hartspier is aangedaan vertraagt de verminderde hartspiercontractie de bloedstroom voor het linker hart. Dit veroorzaakt een ophoping van bloed in de aderen die bloed naar de longen vervoeren. De verhoogde druk in de bloedvaten duwt vocht in de longen, waardoor **acute kortademigheid** ontstaat en, bij een intens conflict, **longoedeem**, ook wel cardiaal longoedeem genoemd (vergelijk met longoedeem gerelateerd aan de longblaasjes; zie ook longoedeem bij mitralisklep insufficiëntie). Als het de rechter hartspier betreft vindt de ophoping van bloed plaats voor het rechter hart. De verstoorde bloedcirculatie dringt vocht uit de bloedvaten naar het omliggende weefsel, wat resulteert in een **perifeer oedeem met zwelling, vooral in de enkels, voeten en benen** (zie ook perifeer oedeem gerelateerd aan de beenaderen of beenbotten). Tijdens de conflictactieve fase, waarbij de rechter hartspier betrokken is, is de **bloeddruk verhoogd** (zie ook hypertensie tijdens een rechter myocardinfarct).



Deze CT scan van de hersenen is van een rechtshandige man die een overbelastingsconflict leed toen zijn vrouw hem alleen achterliet met hun kinderen. De hersenscan toont de impact in beide hartspierrelais in het hersenmerg (oranje pijlen – [bekijk het GNM-diagram](#)), geassocieerd met zijn moeder/kind én partner. De scan toont ook een Hamerse Haard in de hersenrelais van de kransslagaderen (rode pijlen), waaruit blijkt dat hij tegelijkertijd een territoriumverlies-conflict heeft doorgemaakt. De onscherpe, oedemateuze ringvorm geeft aan dat het territoriumverlies-conflict al is opgelost. De deels scherpe ringstructuur onthult echter dat er nog sprake is van conflictrecidieven.

**HELINGSFASE:** Tijdens het eerste deel van de helingsfase (**PCL-A**) wordt de necrose van de hartspier aangevuld door celvermeerdering. In de conventionele geneeskunde kan de “groei” worden gediagnosticeerd als een **myocard sarcoom**. Bij een ontsteking wordt de aandoening **myocarditis** genoemd – die verband houdt met een eigenwaarde-inbreuk conflict dat wordt geassocieerd met het hart (zie ook endocard en hartkleppen).

**OPMERKING:** Alle **organen die afkomstig zijn van het nieuw mesoderm** (“luxe groep”), inclusief de hartspier, tonen het **biologische doel aan het einde van de helingsfase**. Nadat het genezingsproces is voltooid is het orgaan of weefsel sterker dan voorheen, waardoor het beter voorbereid is op een conflict van dezelfde soort.



Tijdens **PCL-A** ontwikkelt zich een oedeem in het bijbehorende hersenrelais. Deze CT-scan toont zo'n hersenoedeem in het gebied van het hersenmerg dat de rechter hartspier aanstuurt ([bekijk het GNM-diagram](#)).

De verlamming van de hartspier en de bijbehorende symptomen (kortademigheid, lichamelijke zwakte, verhoogde bloeddruk) reikt tot in **PCL-A**. Terugkerende helingsfasen als gevolg van voortdurende terugvallen in het conflict veroorzaken een vergroot hart (**cardiomegalie**). Constante fysieke inspanning, bijvoorbeeld in sport, kan ook resulteren in een vergroot hart *zonder* een overbelastingsconflict.

Tijdens de **EPILEPTOÏDE CRISIS** wordt het hersenoedeem uitgedreven door een sympathicotone golfbeweging. Dit is de fase waarin het **hartinfarct** optreedt. Net als de hartaanval gerelateerd aan de kransslagaderen wordt het hartinfarct vanuit de hersenen geïnitieerd! Aangestuurd vanuit de **motorische cortex** manifesteert de **myocardinfarct** zich als **samentrekkingen van de hartspier met pijnlijke krampen** (“hartepilepsie”). Een intense Epileptoïde Crisis kan een gegeneraliseerde epileptische aanval veroorzaken met convulsies waarbij het gehele lichaam betrokken is, wat mogelijk kan leiden tot een verkeerde diagnose.

De snelle samentrekkingen van de hartspier veroorzaken **tachycardie**, een snelle hartslag, ook wel **hartkloppingen** of **ventrikelfibrileren** genoemd (vergelijk met boezemfibrilleren gerelateerd aan de gladde hartspier en ventriculaire tachycardie gerelateerd aan de coronaire aderen). De snelle hartslag dient het doel om de transport van bloed naar en van het hart veilig te stellen. De sterke hartslagen worden vaak gevoeld tot in de nek. Als de samentrekkingen ernstig zijn kan de hartspier scheuren, wat leidt tot een harttamponnade met bloed dat in het hartzakje lekt (zie ook myocardperforatie tijdens de conflictactieve fase). Dit is meestal het geval als de hartspier al versleten is en met littekens is bedekt, als gevolg van meerdere conflictrecidieven. Bij het vasthouden van vocht (het SYNDROOM) bestaat een verhoogde kans op een scheuring. Onder normale omstandigheden kan het gladde deel van de ventriculaire spieren (ongeveer 5-10%) echter een scheuring voorkomen.

De hartspier is functioneel gezien nauw verbonden met het middenrif, de belangrijkste ademhalingspier (in de hersenen bevinden de hersenrelais van het middenrif zich direct onder de controlecentra van de hartspier). Daarom gaat de hartaanval of myocardinfarct altijd gepaard met **krampen in het middenrif** en **ademhalingsmoeilijkheden**, met name bij een rechter myocard infarct, omdat de wand van het rechter hart stevig is bevestigd aan de middenrifspier.

Meestal vindt de Epileptoïde Crisis plaats tijdens perioden van rust (in vagotonie), vaak tijdens de slaap. De genezingscrisis treedt op als een enkele episode of doet zich voor in fasen (zie nachtelijke hoestbuien). In het geval van de hartspier presenteert zich dit als **slaapapneu**, afgewisseld met perioden van ademhaling (die een paar seconden tot twee minuten duren), die worden gegenereerd door de samentrekking vanuit het middenrif. In GNM-termen is slaapapneu in wezen een reeks “mini-myocardinfarctjes” met korte krampen in het middenrif. Chronische slaapapneu duidt op conflictrecidieven die worden veroorzaakt door conflictsporen, die werden ingesteld op het moment dat het oorspronkelijke overbelastingsconflict plaatsvond. Dromen kunnen ook conflictrecidieven veroorzaken! Slaapapneu is waarschijnlijker wanneer de linker hartspier betrokken is, omdat het rechter middenrif minder ruimte biedt omdat de lever zich daar direct onder bevindt. **OPMERKING:** Slaapapneu komt ook voor bij een fysiek overweldigd conflict waarbij alleen het middenrif betrokken is.

De conventionele geneeskunde kent slechts één type hartaanval. Volgens de standaardtheorie wordt een “acuut hartinfarct” (“anterior myocardinfarct” of “posterior myocardinfarct”) veroorzaakt door cholesterol of een bloedstolsel in de (voorst of achterste) kransslagaderen die, zo wordt aangenomen, de bloed- en zuurstoftoevoer naar de hartspier blokkeren, wat resulteert in een hartaanval. Ondanks de vaststelling dat bij de meerderheid van de mensen met een myocard hartaanval geen verstopping van de kransslagaderen en een normale cholesterolspiegel werd waargenomen, geldt de hypothese van de kransslagaderen nog steeds. Gebaseerd op de wetenschap van GNM zijn de hartspier en de kransslagaderen afkomstig uit verschillende embryonale kiemlagen, worden zij aangestuurd vanuit verschillende hersengebieden en zijn ze gekoppeld aan verschillende biologische conflicten, wat maakt dat ze zich uiten in verschillende soorten hartaanvallen, met zeer specifieke – en voorspelbare – symptomen.

“Wat hartaanvallen betreft hebben we de significante rol van de hersenen niet herkend, net zo goed als dat we de rol van de hersenen over het hoofd zien bij kanker.”

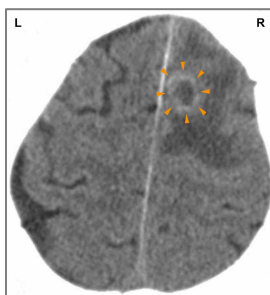
Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Een kenmerkend symptoom van de hartaanval is een **acute verandering van de bloeddruk** als gevolg van de verschillende routes van de beide bloedsomlopen. De rechter hartspier initieert de bloedstroom naar de longen (longcirculatie), terwijl de linker hartspier bloed via de aorta naar de rest van het lichaam verplaatst (**systemische circulatie**). Omdat de afstand van het bloed dat van het hart door het hele lichaam reist veel langer is dan die van het hart naar de longen, vereist het linker ventrikel meer initiële kracht (“druk”) dan de rechter hartspier. Dit verklaart ook waarom de linker hartspier groter is.



**Rechter myocardinfarct:** Als de hartaanval de rechter hartspier betreft (zie lateraliteit hierboven) neemt de bloeddruk in de linker hartkamer snel toe, wat leidt tot **hypertensie** (hoge bloeddruk). De bloeddruk was al verhoogd in de conflictactieve fase en tijdens **PCL-A**, vanwege de verlamming van de rechter hartspier. Tijdens de Epileptoïde Crisis wordt de bloeddruk aanzienlijk hoger om de ongecoördineerde contracties van het rechter ventrikel te compenseren. **De verhoogde bloeddruk veroorzaakt dus geen hartaanval**, zoals wordt beweerd, maar is in plaats daarvan een vitaal, compenserend symptoom tijdens een rechter myocardinfarct (zie ook nierparenchym met hoge bloeddruk in de conflictactieve fase om de functie van de nieren te waarborgen). Bij een hartaanval gekoppeld aan de kransslagaderen blijft de bloeddruk daarentegen binnen het normale bereik. **OPMERKING:** Aanhoudende verhoogde bloeddruk kan de spieren van de hartspier waar de hartkleppen aan zijn bevestigd vervormen.

**Linker myocardinfarct:** Wanneer de linker hartspier door de Epileptoïde Crisis gaat (zie lateraliteit hierboven) neemt de bloeddruk in de rechter hartkamer af, wat leidt tot **hypotensie** (lage bloeddruk) (zie ook hypotensie gerelateerd aan de sinus caroticus). De lage bloeddruk veroorzaakt een verminderde circulatie (bleekheid, licht gevoel in het hoofd) en, in acute gevallen, een volledige collaps van de systemische circulatie, met acute misselijkheid en een verlies van bewustzijn (vergelijk met een “absence” tijdens een hartaanval die verband houdt met de kransslagaderen). Om de hartfunctie te behouden versnelt de hartslag. Meestal stijgt het aantal rode bloedcellen (polycytemie) om het tijdelijke zuurstoftekort te compenseren (vergelijk met bloedarmoede/anemie; een laag aantal rode bloedcellen). Vanwege het wegvallen van de bloeddruk is een linker myocardinfarct aanzienlijk gevaarlijker dan een rechter myocardinfarct. De verlaagde bloeddruk vermindert daarentegen het risico op een scheuring, wanneer de hartspier verkrampst (“hartepilepsie”). Dit is de reden waarom perforaties bij een linker myocardinfarct zeldzaam zijn. De poging om de bloeddruk te verhogen door middel van medicatie kan leiden tot een scheuring van de hartspier en de dood.

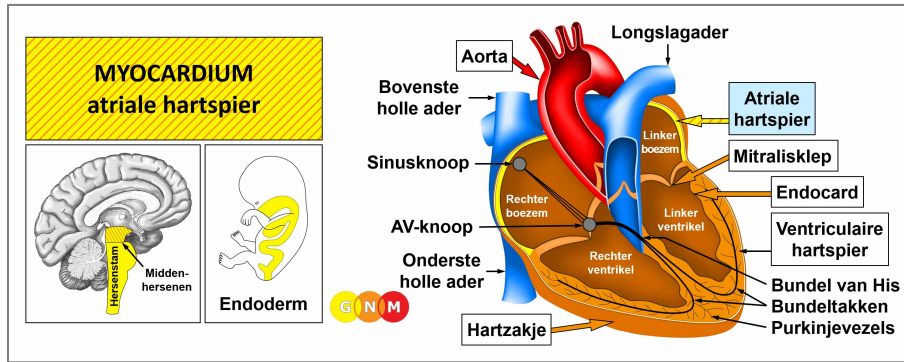


Deze hersenscan toont een glia-ring in het gebied van de motorische cortex die de samentrekking van de rechter hartspier aanstuurt ([bekijk het GNM-diagram](#)).

**OPMERKING:** Neuroglia herstellen het hersenrelais vanuit de periferie. De CT, kort na de hartaanval genomen (Epileptoïde Crisis), geeft het begin van **PCL-B** aan.

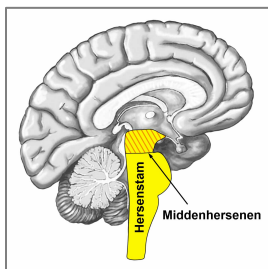


Op deze hersen-CT zien we de aanwezigheid van neuroglia in het gebied van het hersenmerg dat de trofische functie van de rechter hartspier aanstuurt ([bekijk het GNM-diagram](#)). Het tweede deel van de helingsfase (**PCL-B**), na de hartaanval, bevindt zich al in een vergevorderde fase. In de conventionele geneeskunde wordt ten onrechte aangenomen dat de glia-opbouw een “hersentumor” is.

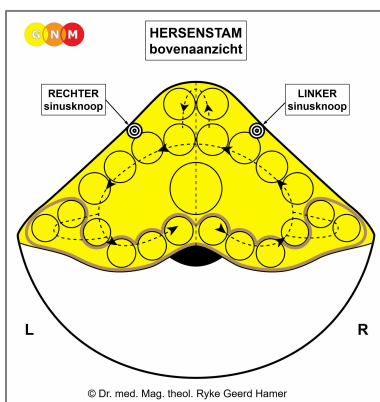


**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE HARTSPIER (ATRIALE HARTSPIER):** De rechter en de linker boezem (atrium) vormen de twee bovenste hartkamers. De rechter boezem ontvangt zuurstofarm bloed van de bovenste en onderste holle ader, de linker boezem ontvangt zuurstofrijk bloed uit de longen via de longaderen. De boezems ledigen het bloed in de rechter- en linker ventrikels, die het bloed verder door de longslagader (longcirculatie) naar de longen en via de aorta naar alle andere organen (systemische circulatie) voeren.

De boezemwand bestaat uit gladde spieren (ter vergelijking; de ventrikelwand bestaat voornamelijk uit dwarsgestreepte spieren). Net zoals de darmspieren de “voedselbrok” door een peristaltische beweging langs het darmkanaal voortbewegen, trekt de gladde hartspier voortdurend samen om de “bloedbrok” naar de ventrikels te verplaatsen. Het ritmische samentrekken van de atriale hartspier wordt gestimuleerd door de sinusknop (nodus sinuatrialis of SA-knoop), in het bovenste gedeelte van de rechter boezem. De sinusknop genereert een elektrische impuls die de hartslag initieert en het ritme van de puls instelt (ongeveer 50 tot 90 keer per minuut in rust). Van daaruit bereikt het elektrische signaal de **AV-knoop en de bundel van His**, die de hartimpuls door de bundeltakken naar de ventrikels voeren. De hartslag wordt ook bepaald door het autonome zenuwstelsel: de sympathische zenuwen versnellen de hartslag, bijvoorbeeld tijdens opwinding en stress, evenals tijdens conflictactiviteit en de Epileptoïde Crisis (tijdens sympathicotonie); de parasympathische zenuwen vertragen de pols tijdens rust en slaap (gedurende vagotonie). De twee zenuwen ontmoeten elkaar bij de sinusknop, waar ze de frequentie van de hartslag mede bepalen. De gladde spieren van de boezems zijn afkomstig van het endoderm en worden aangestuurd vanuit de middenhersenen.



**HERSENNIVEAU:** De gladde spieren van de boezems worden aangestuurd vanuit de **middenhersenen**, gelegen aan het buitenste deel van de hersenstam.



De **sinusknoop** in de rechter boezem (oorspronkelijk de linker hartbuis) wordt aangestuurd vanuit de linkerkant van de hersenstam; de sinusknop in de linker boezem (oorspronkelijk de rechter hartbuis) wordt aangestuurd vanuit de rechter hersenhelft. **OPMERKING:** Vanwege de 180 graden draaiing van de embryonale hartbuizen is er een kruislings gerelateerd verband van de hersenen naar het orgaan.

Een ectopische hartslag (vroegtijdige atriale contractie) ontstaat in het rechter sinusknooprelais; boezemfibrilleren ontstaat in het relais van de linker sinusknop.

**OPMERKING:** Oorspronkelijk had het hart twee sinusknopen, één in de rechter en één in de linker boezem. De rechter sinusknop (aangestuurd vanuit de rechterkant van de hersenstam) was gekoppeld aan de “inname en het transport” van de “bloedbrok” (equivalent aan de “inname en transport” van de “voedselbrok” in de darmen); de linker sinusknop (aangestuurd vanuit de linkerkant van de hersenstam) met betrekking tot de “eliminatie” van de “bloedbrok”. Bij de draaiing van de hartbuizen veranderde de innervatie van de hersenen naar de sinusknopen. De linker sinusknop, aangestuurd vanuit de rechterkant van de hersenstam, werd verantwoordelijk voor de uitstoting van het bloed (in de hedendaagse aorta), de rechter sinusknop, aangestuurd vanuit de linkerkant van de hersenstam, voor het aanzuigen van het bloed (in de hedendaagse holle aderen) in de rechter boezem. Na verloop van tijd echter verloor de linker sinusknop aan kracht. Daarom is de rechter sinusknop, gelegen in de rechter boezem, nu de enige geleider die deze functie voor de beide boezems vervult.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met de boezems van de hartspier is “niet in staat zijn om het bloed (de bloedbrok) voort te stuwen”. Het conflict dat verband houdt met de boezems van de hartspier heeft betrekking op de biologische nood dat het hart niet in staat is om de bloedstroom in te stand te houden en het organisme van een voldoende hoeveelheid bloed te voorzien.

In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **brokconflicten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van endodermale oorsprong, die worden **aangestuurd vanuit de herstenstam**.

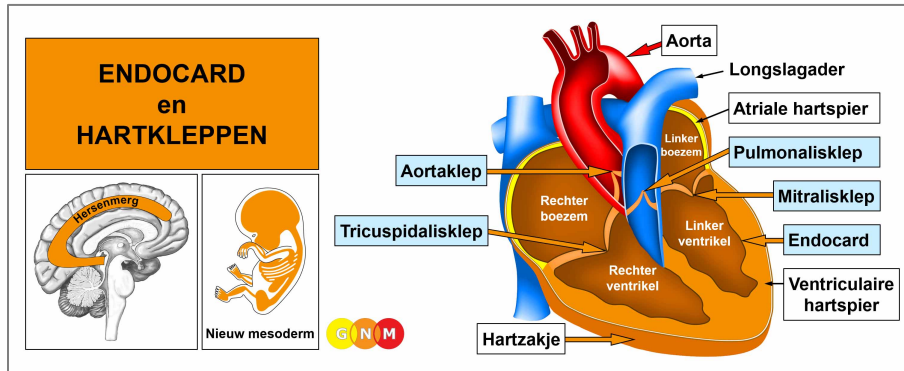
Het conflict wordt meestal veroorzaakt door een diagnose als “uw bloedstroom is niet in orde”, “uw bloedvaten zijn verstopt”, “uw halsslagader is geblokkeerd” of de angst voor een hartaanval of beroerte, inclusief zichzelf opgelegde angsten (een “familiegeschiedenis van hartziekten”). De inname van “**bloedverdunners**” kan het conflict actief houden!

**CONFLICTACTIEVE FASE: Hypertonus van de boezemspieren.** Het biologische doel van de verhoogde spierspanning is het verbeteren van de bloedcirculatie.

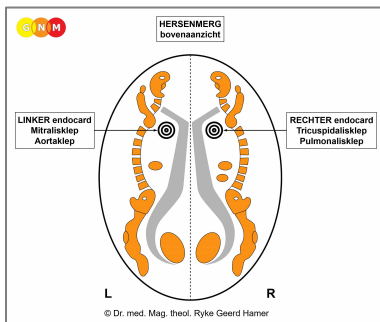
**HELINGSFASE:** Tijdens de helingsfase keert de spierspanning terug naar normaal. De Epileptoïde Crisis manifesteert zich als een verhoogde peristaltiek van de hartspier die **boezemfibrilleren** veroorzaakt met **tachycardie**, een versnelde hartslag (vergelijk met ventrikelfibrilleren gerelateerd aan de ventrikels en tachycardie tijdens een longembolie met de coronaire aderen). Terugkerende episoden vinden plaats bij terugvallen in het conflict. Bij de voltooiing van de helingsfase keert de hartslag terug naar normaal.

**OPMERKING:** In vergelijking met de ventrikelspijeren uit de Epileptoïde Crisis van de gladde atriale hartspieren zich niet als een hartaanval, maar eerder als een “hartkoliek”, vergelijkbaar met “darmkoliek” (zie gladde darmspieren).

Een pacemaker, die is ontworpen om de hartslag te stabiliseren door de taak van het verzenden van elektrische impulsen over te nemen, is volgens Dr. Hamer alleen nuttig wanneer de pacemaker zowel de **sinusknoop als de AV-knoop** activeert, omdat de twee elektrische relaisstations samenwerken. Als de onregelmatige hartslag echter afkomstig is van het bradycardiale of tachycardiale hartritme centrum (zie kransslagaderen en kranadereen), dan volstaat het stimuleren van alleen de AV-knoop.



**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN HET ENDOCARD EN DE HARTKLEPPEN:** Het endocard is de binnenste laag van het myocard die de hartholten bekleedt. Het myocard bevat vier kleppen die de bloedstroom in één richting sturen. De hartkleppen zijn van vitaal belang voor de efficiëntie van de bloedsomloop. De tricuspidalisklep, gelegen tussen de rechterboezem en de rechter ventrikel, opent zich zodat het zuurstofarme bloed in de rechter ventrikel kan stromen. Wanneer de rechter ventrikel samentrekt opent de pulmonalisklep om het bloed af te leveren in de longslagader, die het bloed naar de longen voert voor de zuurstofopname (longcirculatie). Het zuurstofrijke bloed dat terugkeert naar het hart komt de linker boezem binnen waar het wordt opgeslagen totdat deze samentrekt. Op dat moment opent zich de mitralisklep, waarna het bloed de linker ventrikel kan binnenstromen. Bij de samentrekking van de linker ventrikel opent de aortaklep om het bloed naar de aorta te vervoeren, van waar het zich verdeelt over de bloedvaten van het lichaam (systemische circulatie). Het endocard en de hartkleppen bestaan uit bindweefsel, komen voort uit het nieuw mesoderm en worden daarom aangestuurd vanuit het hersenmerg.



**HERSENNIVEAU:** In het hersenmerg worden het rechter endocard, evenals de tricuspidalisklep en pulmonalisklep, gelegen in de rechter ventrikel, vanuit de rechterkant van de hersenen aangestuurd; het linker endocard, evenals de mitralisklep en de aortaklep, die zich in de linker ventrikel bevinden, worden aangestuurd vanuit de linker hersenhelft. **OPMERKING:** Vanwege de 180 graden draaiing van de embryonale hartbuizen is er geen kruislings verband tussen de hersenen en het orgaan.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met het endocard en de hartkleppen is een **eigenwaarde-inbreuk conflict geassocieerd met het hart** (zie bindweefsel). Aanhoudende angina pectoris, hartritmestoornissen, een eerdere hartaanval of de angst om een hartaanval te krijgen (omdat het “in de familie voorkomt”), de diagnose “hartinsufficiëntie” of het oordeel van een arts dat luidt: “uw hart is zwak” of “uw hart werkt niet goed”, zijn voorbeelden van wat het conflict kan veroorzaken.

In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **eigenwaarde-inbreuk conflicten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van nieuw mesodermale oorsprong, die worden **aangestuurd vanuit het hersenmerg**.

**CONFLICTACTIEVE FASE:** Necrose (celverlies) van het endocard en/of de hartklep(pen).

**HELINGSFASE:** Volgend op de conflictoplossing (CL) wordt het weefselverlies weer aangevuld met nieuwe cellen. Als de genezing van het endocard of de hartkleppen gepaard gaat met een ontsteking veroorzaakt dit **endocarditis**. Bacteriën zoals staphylococcus-bacteriën ondersteunen het genezingsproces, mits ze beschikbaar zijn. Theorieën dat bacteriën uit een geïnfecteerde tand of uit de keel (“keelontsteking”) naar het hart reizen waar ze zich zogenaamd hechten aan de hartkleppen zijn totaal ongegrond. In de conventionele geneeskunde worden de symptomen van endocarditis geclassificeerd als “reumatische koorts”, ook al is er geen verband met reuma.

**OPMERKING:** Alle organen die afkomstig zijn van het nieuw mesoderm (“luxe groep”), inclusief het endocard en de hartkleppen, tonen het **biologische doel aan het einde van de helingsfase**. Nadat het genezingsproces is voltooid is het orgaan of weefsel sterker dan voorheen, waardoor het beter voorbereid is op een conflict van dezelfde soort.

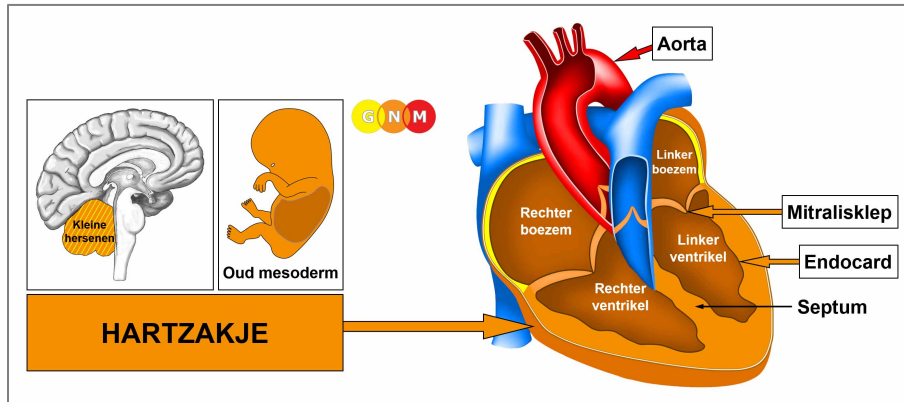
Bij een hangende genezing, dat wil zeggen wanneer de helingsfase continu wordt onderbroken door conflictrecidieven, beschadigt de recidiverende **littekenvorming** (in PCL-B) uiteindelijk de klep(pen). Symptomen van klepinsufficiënties zijn **hartruis**.

Een **mitralisklepinsufficiëntie** betreft de hartklep die zich tussen de linker boezem en de linker ventrikel bevindt. De mitralisklep sluit niet langer volledig waardoor het bloed terug lekt, door de klep richting de longaderen, op het moment dat de hartspier samentrekt (een dergelijke lekkage kan ook het gevolg zijn van een aanhoudende necrose door een langdurige conflictactieve fase). Op dat moment is de toestand onomkeerbaar (vergelijk met de vervorming van hartkleppen die wordt veroorzaakt door een pericardiale effusie bij het herstel van de functie van de klep nadat de helingsfase is voltooid).

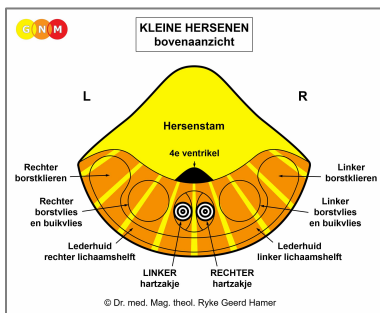
Als de littekenvorming de opening van de mitralisklep verdikt, wordt de opening van de klep smaller waardoor deze niet meer volledig kan openen. Dit staat bekend als **mitralisstenose**. Een vernauwing van de opening van de mitralisklep comprimeert de vrije bloedstroom van de linker boezem naar het linker ventrikel, wat **de diastolische bloeddruk verhoogt** (terwijl de systolische bloeddruk afneemt). Hetzelfde geldt voor een vernauwing van de tricuspidalisklep (**tricuspidalisklepstenose**). In een vergevorderd stadium van een beschadiging van de mitralisklep kan een chirurgische ingreep nodig zijn om een longoedeem, veroorzaakt door de ophoping van vocht in de longen, te voorkomen (zie ook longoedeem gerelateerd aan de hartspier en longoedeem gerelateerd aan de longblaasjes).

Een **aorta insufficiëntie** ontstaat wanneer de aortaklep tussen de linker ventrikel en de aorta als gevolg van littekenvorming niet meer goed sluit. Een **aortastenose** treedt op wanneer de aortaklep zich vernauwt, waardoor de klep zich niet volledig kan openen. De obstructie belemmert de bloedstroom van het hart naar de aorta en naar de rest van het lichaam. In dit geval neemt de **diastolische bloeddruk af** (terwijl de systolische bloeddruk stijgt). Hetzelfde geldt voor een **longklepstenose**. **Symptomen: duizeligheid, vermoeidheid en zwakte.**

Voor een persoon die niet bekend is met GNM kan de diagnose van een “hartklepdefect” een additioneel eigenwaarde-inbreuk conflict veroorzaken die verband houdt met het hart, waardoor een progressieve aandoening ontstaat.



**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN HET HARTZAKJE:** Het hartzakje (pericardium) is een tweelaags membraan dat het hart omhult en beschermt. De binnenste laag (viscerale pericardium) staat in contact met het hart (epicardium); de buitenste laag (pariëtale pericardium) is bevestigd aan het borstbeen en is versmolten met het middenrif aan de onderkant van het hart. Het hartzakje hecht zich aan de zijkanten aan het longvlies. Het viscerale pericardium wordt bedekt door een cellaag die mesotheel wordt genoemd. De mesotheelcellen scheiden een kleine hoeveelheid sereus vocht af, dat de ruimte van de pericardiale holte vult, om de wrijving tussen de pericardiale membranen te minimaliseren. In evolutionaire termen ontwikkelde het hartzakje zich tegelijkertijd met het longvlies, het buikvlies en de lederhuid. Het hartzakje is afkomstig van het oud mesoderm en wordt daarom aangestuurd vanuit de kleine hersenen.



**HERSENNIVEAU:** In de **kleine hersenen** wordt het rechter hartzakje aangestuurd vanuit de rechterkant van de hersenen; het linker hartzakje wordt aangestuurd vanuit de linker hersenhelft. **OPMERKING:** Vanwege de 180 graden draaiing van de embryonale hartbuizen is er geen kruislings verband tussen de hersenen en het orgaan.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met het hartzakje is een **aanvalskonflikt**, om precies te zijn een **aanval tegen het hart** (zie ook aanvalskonflikten gerelateerd aan het longvlies, buikvlies en de lederhuid).

In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **aanvalskonflikten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van oud mesodermale oorsprong, die worden **aangestuurd vanuit de kleine hersenen**.

Een aanval tegen het hart wordt bijvoorbeeld ervaren door een steek of slag tegen het hart of door een duw of slag in het bovenlichaam tijdens een gevecht of ongeval (zie ook het longvlies). In overdrachtelijke zin kunnen “scherpe” bewoordingen (verbale beledigingen) worden opgevat als “een dolksteek in het hart”. Hartchirurgie, zoals een bypassoperatie of een de vervanging van een hartklep kan “binnenkomen” als een aanval op de integriteit van het orgaan. De aankondiging van een hartoperatie en het beeld van ter plaatse “opengesneden te worden” kan het conflict in gang zetten. De diagnose van een “hartaandoening” of opmerkingen van de arts als “Uw hart werkt niet goed”, “Uw ECG-resultaten zijn afwijkend” of “Uw bloeddruk is te hoog”, wat wordt geassocieerd met het risico op een hartaanval, kan ook angst met betrekking tot het hart oproepen (het kan ook een eigenwaarde-inbreuk conflict veroorzaken dat de hartkleppen beïnvloedt). Het conflict kan ook worden ervaren met of namens iemand anders, bijvoorbeeld wanneer een geliefde een hartaanval kreeg. Aanvalskonflikten met betrekking tot het hart ontstaan ook in de borst, bijvoorbeeld bij pijn op de borst die wordt veroorzaakt door angina pectoris of tijdens een hartaanval.

**CONFLICTACTIEVE FASE:** Te beginnen vanaf het DHS vermeerderen de pericardiale cellen zich tijdens de conflictactieve fase evenredig aan de mate en duur van de conflictactiviteit. **Het biologische doel van de celvermeerdering** is het creëren van een interne versterking om het hart beter te beschermen tegen verdere aanvallen. Bij langdurige conflictactiviteit ontwikkelt zich ter plaatse een vlakgroeiende of compacte tumor. In de conventionele geneeskunde wordt de verdikking van het hartzakje gediagnosticeerd als een **pericardiaal mesotheloom** (zie ook pleuraal mesotheloom, peritoneaal mesotheloom, omentaal mesotheloom en testikel mesotheloom-tunica–). Aangezien er geen symptomen zijn tijdens de conflictactieve fase wordt de tumor meestal alleen gedetecteerd tijdens een routine- of herhalingsonderzoek.

**OPMERKING:** Of de rechter- of linker helft van het hartzakje is betroffen wordt bepaald door de biologische handigheid van een persoon en of het conflict wordt geassocieerd met moeder/kind of partner. Een gelokaliseerd conflict beïnvloedt het gebied dat werd geassocieerd met de “aanval”. Door de draaiing van de hartbuizen is het lateraliteitsbeginsel omgekeerd. Vandaar dat een rechtshandige persoon op een conflict gerelateerd aan een partner (getriggerd bijvoorbeeld door getuige te zijn van de hartaanval van een echtgenoot) reageert met het linker hartzakje. Een linkshandige persoon zou daarop met de rechterkant reageren.

**HELINGSFASE:** Volgend op de oplossing van het conflict (CL) verwijderen schimmels, TBC-bacteriën of andere bacteriën de cellen die niet langer nodig zijn. **Helingssymptomen zijn pijn achter het borstbeen**, die wordt veroorzaakt door de **zwellen** en **nachtelijk zweten**. Als de vereiste microben niet beschikbaar zijn bij de oplossing van het conflict, omdat ze zijn vernietigd door een overmatig gebruik van antibiotica, blijven de extra cellen achter. Uiteindelijk wordt de tumor ingekapseld.

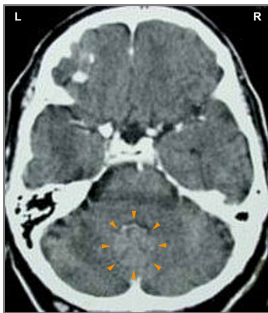
**Pericarditis** treedt op wanneer de genezing gepaard gaat met een ontsteking. Tijdens de helingsfase wordt de vloeistof in het hartzakje op natuurlijke wijze geabsorbeerd door het pericardiale membraan (**droge pericarditis**). Gelijktijdige waterretentie door het SYNDROOM verhoogt echter de vochtophoping (**natte pericarditis**). Natte pericarditis ontwikkelt zich vaak tijdens een ziekenhuisopname na een hartoperatie.

Overmatig vocht vasthouden, bijvoorbeeld veroorzaakt door een bestaansconflict (het stress rondom een hartaanval), genereert een **exsudatieve pericardiale effusie**, een ophoping van vocht om het hart. Bij sommige mensen is het hartzakje gescheiden op de middellijn; de effusie vindt dan alleen plaats in de aangedane zijde (zie ook pleurale effusie). Als het hartzakje niet is verdeeld ontwikkelt de effusie zich in het gehele hartzakje (**circulaire pericardiale effusie**). Alleen de locatie van de Hamerse Haard in de hersenen onthult op welke manier het aanvalskonflikt werd waargenomen en daarom vanuit welke hersenhelft het Biologische Speciaalprogramma wordt aangestuurd.

Een acute pericardiale effusie kan kritiek zijn omdat te veel vocht in het hartzakje het hart in de verdrinking brengt. In medische termen wordt dit een **harttamponade** genoemd. De tamponade beperkt het normale bewegingsbereik van het hart, wat leidt tot **ernstige ademhalingsmoeilijkheden, druk op de borst** en mogelijk tot een **hartstilstand** (te vergelijken met een hartstilstand gerelateerd aan de hartspier of de kransslagaderen). Dit verklaart waarom een harttamponade de meest gevreesde complicatie is na een hartaanval of na een hartoperatie.

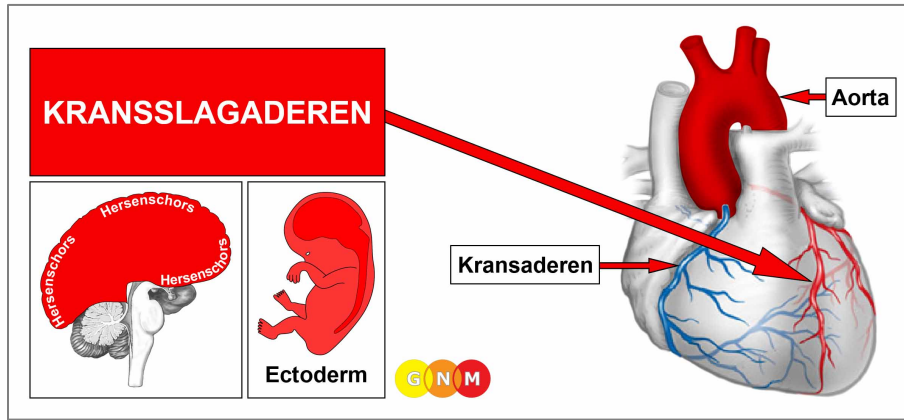
**OPMERKING:** Vocht komt ook het hartzakje binnen wanneer de aangrenzende ribben of het borstbeen zich in een helingsfase bevinden; in dit geval vanwege een eigenwaarde-inbreuk conflict veroorzaakt door bijvoorbeeld de diagnose longkanker of borstkanker. Het oedeem “zweet” door het botvlies naar het hartzakje, wat een **transudatieve pericardiale effusie** creëert. Een transudatieve pericardiale effusie kan ook optreden wanneer de hartspier scheurt, met bloed dat in het hartzakje lekt.

De pericardiale effusie kan de hartklep(pen) misvormen. Nadat de genezing is voltooid krijgen de kleppen echter hun normale functie terug (vergelijk met mitralisklepinsufficiëntie waarbij de toestand onomkeerbaar is).



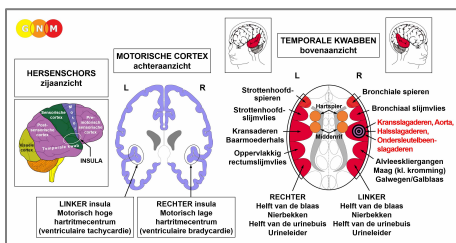
Deze CT-scan toont littekenvorming (**PCL-B**) in het gebied van de kleine hersenen dat het rechter- en linker pericardium aanstuurt ([bekijk het GNM-diagram](#)), wat er op duidt dat het aanvalskonflikt werd geassocieerd met het gehele hart. Het Biologische Speciaalprogramma is afgerond.





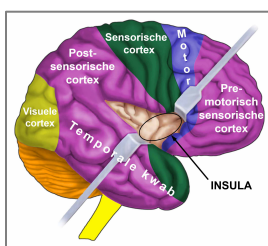
**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE KRANSSLAGADEREN:** De kransslagaderen en kransadereën lopen in een kroonachtige (“coronaire”) vorm langs het buitenoppervlak van het hart. Twee kransslagaderen vertakken zich vanaf de aorta nabij de bovenkant van het hart. Hun belangrijkste functie is het leveren van zuurstofrijk bloed aan de hartspier. In tegenstelling tot andere bloedvaten bestaat de binnenbekleding van de kransslagaderen, de zogenaamde intima, uit zeer gevoelige plaveiselepitheelcellen die afkomstig zijn van het ectoderm en daarom worden aangestuurd vanuit de hersenschors. De bloedvatwand bestaat uit gladde spieren en dwarsgestreepte spieren.

**OPMERKING:** De kransslagaderen stammen af van de kieuwbogen (bestaande uit [kieuwboogslagaderen](#)), die ten grondslag liggen aan vele belangrijke slagaderen (zie ook kransslagaderen, de opstijgende aorta, de binnenste halsslagaderen en de binnenste secties van de ondersleutelbeenslagaderen)



**HERSENNIVEAU:** De bekleding van de kransslagaderen wordt aangestuurd vanuit de **rechter insula** (deel van de **temporale kwab**). Het controlecentrum van de kransslagaderen bevindt zich tegenover het hersenrelais van de kransadereën.

De trofische relais van het middenrif en van de hartspier die de AV-knoop bevat grenzen van binnenuit aan de insula.



The **INSULA** bevindt zich diep in de hersenschors, precies op het punt waar de vier hersenschorsen elkaar ontmoeten (pre-motorische sensorische cortex, motorische cortex, sensorische cortex, post-sensorische cortex). Het is het gebied van de hersenen dat de bekleding van de grote bloedvaten (kransslagaderen, kransadereën, aorta, halsslagaderen en ondersleutelbeenslagaderen) aanstuurt, die bloed van en naar het hart afgeven. De rechter- en linker insula regelen ook de langzame (bradycardiale) en snelle (tachycardiale) hartslag van de ventrikels (hartspier) – zie AV-knoop. Het **bradycardiale hartritmecentrum** bevindt zich in de rechter insula; het tachycardiale hartritmecentrum bevindt zich in de linker insula. Het hartritme (langzaam en snel) vormt samen met de middenrifademhaling een overkoepelend regelsysteem.

**OPMERKING:** De kransslagaderen, opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en de binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen delen hetzelfde controlecentrum en daarom hetzelfde biologische conflict. Welke van deze slagaderen door het DHS is aangedaan is willekeurig. De sinus caroticus wordt ook aangestuurd vanuit hetzelfde hersenrelais, maar is gekoppeld aan een ander biologisch conflict.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met de kransslagaderen is een **mannelijk territoriumverlies-conflict** of een **vrouwelijk seksueel conflict**, afhankelijk van het geslacht, de lateraliteit en de hormoonstatus van een persoon (zie ook Postmortale Constellatie, Casanova Constellatie, Nymfomane Constellatie).

Geslacht, Lateraliteit, Hormoonstatus	Biologisch Conflict	Betroffen Orgaan
Rechtshandige man (NHS)	Territoriumverlies-conflict	Kransslagaderen
Linkshandige man (NHS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen*
Rechtshandige man (LTS)	Sexueel conflict	Kransaderen
Linkshandige man (LTS)	Sexueel conflict	Kransslagaderen*
Rechtshandige vrouw (NHS)	Sexueel conflict	Kransaderen en Baarmoederhals
Linkshandige vrouw (NHS)	Sexueel conflict	Kransaderen*
Rechtshandige vrouw (LOS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen
Linkshandige vrouw (LOS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen en Baarmoederhals*

NHS = Normale hormoonstatus      LTS = Lage testosteronstatus      LOS = Lage oestrogeenstatus

**\* Bij linkshandigen wordt het conflict overgeheveld naar de andere hersenhelft**

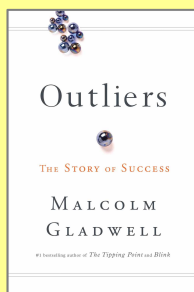
In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **territoriumconflicten**, **sexuele conflicten** en **scheidingsconflicten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van ectodermale oorsprong, die worden aangestuurd vanuit de **sensorische, pre-motorisch sensorische- en post-sensorische cortex**.

Een **territoriumverlies-conflict** wordt ervaren door het **verlies van het privé domein** (een huis, vanwege een onverwachte verhuizing of een scheiding, de inbeslagname van iemands eigendom, brand, overstromingen) of een bedreiging van de veiligheid van iemands woonplaats. Activa van het "territorium" die van persoonlijke waarde zijn, zoals een auto, sieraden, een privécollectie, aandelen, investeringen, een vergunning, een immigrantenstatus of een clublidmaatschap vallen ook in deze categorie. Het **verlies van het professionele domein** kan optreden door het verlies van een bedrijf, faillissement, het verlies van een werkplek door ontslag, een fusie, een overdracht of een vervroegd pensioen vanwege ziekte of bezuinigingen. Het niet langer kunnen uitoefenen van een **hobby** (een muziekinstrument spelen, schilderen, schrijven, tuinieren, een sport) kan worden ervaren als een territoriumverlies. Het conflict verwijst ook naar het verlies van een intellectueel domein, bijvoorbeeld naar het verlies van iemands vaardigheden als gevolg van een ongeval, of, letterlijk, naar het verlies van het intellectuele eigendom (onderzoeksresultaten, vertrouwelijke gegevens, octrooi, handelsgeheim). **Het verlies van een lid van het territorium** (ouder, echtgenoot, partner, kind, een huisdier, vriend, collega, klant, klant) door een ruzie of scheiding kan het conflict ook veroorzaken. Mannen lijden aan territoriumverlies-conflicten wanneer ze een seksuele partner verliezen. Het mannelijke territoriumverlies-conflict is het equivalent van het **vrouwelijke seksuele conflict** (de hersenrelais van de overeenkomstige organen, namelijk van de kransslagaderen en de baarmoederhals, bevinden zich precies tegenover elkaar in de **hersenschors**).

**OPMERKING:** Als een man op een leeftijd is waarbij hij niet langer een territoriumverlies-conflict kan lijden, vanwege een laag testosterongehalte, treft een paringsconflict (verlies van een seksuele partner, seksuele afwijzing, seksuele frustratie) waarschijnlijk eerder de prostaat dan de kransslagaderen. Dit verklaart waarom prostaat-gerelateerde symptomen (verhoogde PSA, prostaathyperplasie) vaker voorkomen bij oudere mannen.

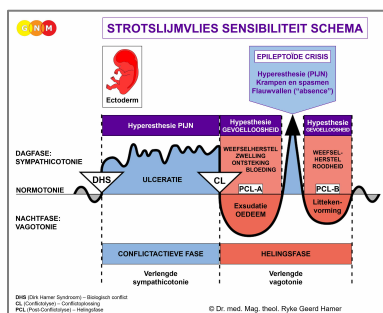
## Het Roseto Mysterie

uit Malcolm Gladwell's boek *Outliers* [Uitschieters]



De inleiding in *Outliers* vertelt het verhaal over de stad Roseto in Pennsylvania, waar mensen oorspronkelijk naartoe waren geëmigreerd vanuit de Italiaanse stad Roseto. De inwoners van Roseto verbaasden de artsen met het lage aantal gevallen van hartziekten in de gemeenschap. De mensen in Roseto stierven veelal van ouderdom. Artsen en wetenschappers deden allerlei onderzoeken, om erachter te komen waarom dit zo was. Ze dachten dat er iets moest zijn met het dieet, de trainingsroutines of de omgeving van de inwoners van Roseto die hun ongewoon goede gezondheid zou kunnen verklaren, maar geen van deze hypothesen kon worden bevestigd. Ze keken vervolgens naar de sociale structuur van Roseto. De bewoners hadden veel contact met de bureu. Soms leefden drie generaties van één gezin onder hetzelfde dak. Het leek alsof het gevoel van gemeenschappelijkheid en saamhorigheid tot een lang en gelukkig leven leidde. "Niemand was gewend om na te denken over gezondheid in termen van gemeenschap."

### Een mooi voorbeeld van GNM in de Praktijk



Het Biologische Speciaalprogramma van de **kransslagaderen** volgt het **STROTSLIJMVLIES SENSIBILITEIT SCHEMA** met hyperesthesie in de conflictactieve fase en de Epileptoïde Crisis en hypesthesie in de helingsfase.

**CONFLICTACTIEVE FASE: Ulceratie van de binnenbekleding van de kransslagaderen.** Het biologische doel van het celverlies is om het lumen van de kransslagaderen te verwijden zodat meer bloed naar het hart kan stromen. De verhoogde energie brengt het individu in een betere positie om het territorium terug te winnen of een nieuw territorium te vestigen. De ulceratie van de gevoelige intima veroorzaakt angina pectoris (en niet, zoals aangenomen, een myocard insufficiëntie). Afhankelijk van de mate van het conflict varieert de pijn op de borst van mild tot ernstig.



Deze hersen-CT toont de impact van een territoriumverlies-conflict in het hersenrelais van de kransslagaderen ([bekijk het GNM-diagram](#)). De scherpe rand van de Hamerse Haard laat zien dat de persoon conflictactief is.

**HELINGSFASE:** Tijdens het eerste deel van de helingsfase (**PCL-A**) wordt het weefselverlies aangevuld door **celvermeerdering** met **zwellings** als gevolg van het oedeem (vochtophopping). De zwelling kan de aangedane slagader tijdelijk afsluiten, met name bij gelijktijdig vasthouden van vocht (het SYNDROOM). Een vernauwing (stenose) van het kransslagader kan echter nooit leiden tot een hartaanval, omdat, indien de situatie van een occlusie zich voordoet, **hulpvaten of zogenaamde collateralen fungeren als een natuurlijke bypass om het hart alsnog van bloed te voorzien** (de collateralen zijn als een droge rivierbedding die, bij wijze van spreken, binnen 2-3 dagen gevuld worden met bloed, in het geval van een coronaire blokkade. In embryologische termen zijn de collaterale bloedvaten afkomstig van het nieuw mesoderm). Dit weerlegt duidelijk de standaardtheorie die beweert dat een hartaanval wordt veroorzaakt door een verstopping van de kransslagader. Het stelt tevens de noodzaak van bypassoperaties of angioplastiek (dotteren) aan de kaak.

“Een studie door Rentrop et al., in het april 1988 nummer van *The American Journal of Cardiology*, heeft resultaten opgeleverd die volledig haaks staan op de blokkade-theorie van de kransslagader. In een begeleidend schrijven noemt Dr. Stephen Epstein van het *National Heart, Lung and Blood Institute* de ‘extreem belangrijke observaties’ van Rentrop en zijn collega’s. Ze ontdekten dat bij een vergevorderde staat van vernauwing van de kransslagaders de bloedtoevoer naar de hartspieren volledig verzekerd blijft door hulpvaten die op een natuurlijke wijze groter worden als reactie op de blokkade. Interessant genoeg merkten ze op dat hoe nauwer de kransslagaderen worden, hoe minder het gevaar op een hartinfarct ... Daarom zou een bypass-operatie in hoge mate overbodig zijn” (*World Research Foundation*, 2007).

“Bypassoperaties verlengen het leven niet, net zo min als ze toekomstige hartaanvallen helpen voorkomen. Angioplastiek, waarbij vernauwde vaten worden geëxpandeerd en vervolgens typisch worden opengestut met metalen buizen die stents worden genoemd, helpen evenmin” (*Is Heart Surgery Worth It? [Zijn hartoperaties nuttig?]*, Dr. L. David Hillis, Professor of Cardiology at the University of Texas Southwestern Medical School; Bloomberg Business, 2005).

De bekleding van de kransslagaderen wordt voornamelijk hersteld met behulp van cholesterol. Vandaar dat tijdens de helingsfase **het cholesterolgehalte stijgt**. Bij een hangende genezing, dat wil zeggen, wanneer het genezingsproces continu wordt onderbroken door conflictrecedieven, leidt de opbouw van **cholesterolplaques** tot **atherosclerose** en uiteindelijk tot een vernauwing van het lumen van het hartvat. Na verloop van tijd verhardt de arteriële wand en verliest het de elasticiteit, een aandoening die bekend staat als **arteriosclerose** (zie ook atherosclerose gerelateerd aan de aorta, halsslagaderen, ondersleutelbeenslagaderen en andere bloedvaten).

Cholesterol wordt voornamelijk geproduceerd in de lever. In feite wordt 80% van het totale cholesterol in het lichaam gesynthetiseerd; slechts 20% komt uit voedingsbronnen. De lever gebruikt vetten uit voedingsmiddelen als grondstof om cholesterol te produceren. Het zogenaamde LDL-cholesterol, aangeduid als de “slechte cholesterol”, is juist bijzonder nuttig omdat het erg plakkerig is en daarom ideaal gebruikt kan worden voor het repareren van de vaatwand. Cholesterolverlagende medicijnen zoals statines onderdrukken de cholesterolproductie van de lever. Daarom hebben statines een negatief effect op de lever. Statinegeneesmiddelen beschadigen ook spierweefsel, inclusief de hartspier, wat schadelijk is voor de algehele functie van het hart.

**“Een verband leggen tussen een verhoogd cholesterol en een hartaanval is een fundamentele fout in wetenschappelijk redeneren.”**  
(Dr. med. Ryke Geerd Hamer)

**“Cholesterol is belangrijk voor de gezondheid van onze vaten.  
Cholesterol is een noodzakelijk bestanddeel bij elke vorm van cellulair herstel.”**  
(Dr. Ron Rosedale, *The Cholesterol Myth* [De cholesterolmythe])

**OPMERKING:** Tijdens de helingsfase van de kransslagaderen bevindt de **bloeddruk zich binnen het normale bereik** (zie hoge bloeddruk gerelateerd aan de rechter hartspier en het nierparenchym). Dit verklaart waarom, volgens de medische gegevens, veel patiënten die leden aan een hartaanval, voorafgaand aan de aanval geen verhoogde bloeddruk hadden.

De **EPILEPTOÏDE CRISIS** is het moment waarop de **hartaanval** plaatsvindt. In tegenstelling tot wat standaard wordt aangenomen wordt de hartaanval niet veroorzaakt door een verstopping van een kransslagader, maar daarentegen **geïnitieerd vanuit de hersenen**, precies op het moment wanneer het hersenoedeem, dat zich ontwikkelde gedurende **PCL-A**, wordt uitgedreven door een sympathicotone stuwning, die wordt veroorzaakt door een korte, voorgeprogrammeerde reactivering van het conflict (zie ook hartaanval gerelateerd aan de hartspier). Vanuit biologisch oogpunt is de hartaanval zo van belang omdat het hart zijn normale functie pas kan hervatten nadat het hersenoedeem is uitgedreven.

**OPMERKING:** De Epileptoïde Crisis vindt drie tot zes weken na de conflictoplossing plaats. Als een intens conflict langer dan negen maanden duurde is de hartaanval waarschijnlijk fataal (zie ook longembolie gerelateerd aan de coronaire aderen). Bij waterretentie als gevolg van een actief verlatingsconflict of bestaansconflict (ziekenhuisopname!) is de hartaanval dramatischer omdat het vastgehouden vocht het hersenoedeem aanzienlijk vergroot. Bij SYNDROOM kan de hartaanval al dodelijk zijn na vijf tot zes maanden conflictactiviteit. Als de conflictactieve fase echter korter was dan vier maanden zijn de symptomen mild en worden ze misschien niet eens opgemerkt. Deze observatie is alleen van toepassing op de kransslagaderen!

De hartaanval die gekoppeld is aan de kransslagaderen presenteert zich als een **acute angina pectoris met een scherpe pijn achter het borstbeen**. De pijn kan uitstralen naar de linkerschouder en de linkerarm. Bijkomende symptomen zijn **koud zweet en misselijkheid**. Omdat de dwarsgestreepte spieren van de kransslagaderwand tegelijkertijd de Epileptoïde Crisis ondergaan treden de **hartvatkrampen op samen met de angina-pijn**. Deze spierkrampen staan volledig los van de hartspier, die wordt **aangestuurd vanuit een ander deel van de hersenen** en is gekoppeld aan een overbelastingsconflict. Tijdens de samentrekkingen van de kransslagaderspieren kunnen cholesterolplaques uit de binnenbekleding losraken en in de bloedbaan terecht komen, waarin ze zullen oplossen gedurende het normale verloop van de bloedstroom (vergelijk met longembolie).

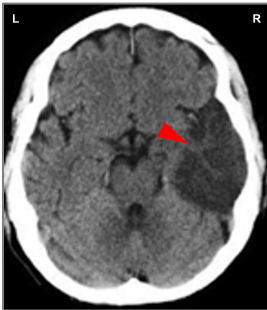
**OPMERKING:** Alle Epileptoïde Crises die worden aangestuurd vanuit de **sensorische, post-sensorische of pre-motorische sensorische cortex** gaan gepaard met een **ontregelde bloedcirculatie, duizeligheid, korte bewustzijnsstoornissen** of een **volledig bewustzijnsverlies** (flauwvallen of “afwezigheid”), afhankelijk van de intensiteit van het conflict. Een ander kenmerkend symptoom is een **lage bloedsuikerspiegel**, die wordt veroorzaakt door het overmatige gebruik van glucose door de hersencellen (vergelijk met hypoglykemie gerelateerd aan de eilandcellen van de alvleesklier).

Het werkelijke gevaar van de hartaanval schuilt in de betrokkenheid van het bradycardiale hartritme centrum. Normaal gesproken klopt het hart in een regelmatig, evenwichtig ritme. Dit verandert echter gedurende de duur van de Epileptoïde Crisis, wanneer het hersenoedeem in het relais van de kransslagaderen wordt uitgedreven. De druk die wordt veroorzaakt door de tijdelijke sympathicotone stuwning vertraagt de pols, waardoor **bradycardie** ontstaat (vergelijk met tachycardie gerelateerd aan de kransadere; zie ook bradycardie gerelateerd aan de sinus caroticus). Terugkerende episoden van bradycardiale hartritme stoornissen worden veroorzaakt door terugvallen in het conflict.

**Dr. Hamer:** “Wij beschouwden het verlies van bewustzijn dat optreedt tijdens de Epileptoïde Crisis als bijzonder dramatisch. Zelfs bij 3 tot 4 hartslagen per minuut en een zeer vlakke ademhaling kan een persoon echter voor een langere periode in leven blijven, in principe net zolang totdat de vaak langdurige absence en de vertraging van de polsslag voorbij is. Het hartfilmpje (ECG) levert daarvoor in deze gevallen het bewijs.”

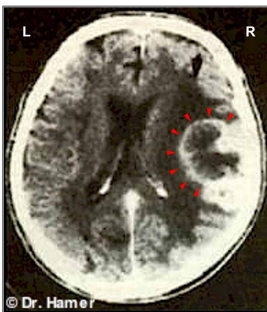
Bij een zeer intense Epileptoïde Crisis, als gevolg van een groot hersenoedeem, kan de hartslag tot een volledige stilstand, een **hartstilstand**, komen (vergelijk met een hartstilstand gerelateerd aan de hartspier of het hartzakje).

De conventionele geneeskunde gaat er van uit dat bradycardie wordt veroorzaakt door een blokkering van het elektrische geleidingssysteem bij de AV-knoop en duidt dit daarom als een atrioventriculair blok of **AV-blok** (vergelijk met “bundeltakblok”). Dr. Hamer’s onderzoek toont echter aan dat de functie van de AV-knoop alleen is om de elektrische impulsen **van de sinusknoop naar de ventrikels** over te dragen, terwijl de synchronisatie van de hartslagen wordt gecoördineerd en aangestuurd vanuit de bradycardiale en tachycardiale hartritme centra in de insula van de hersenschors (zie hersenrelais van de kransslagaderen en kransadereën).



Deze CT-scan toont een hersenoedeem (vochtophoping) in het controle centrum van de kransslagaderen ([bekijk het GNM-diagram](#)). Het oedeem ontstond nadat het territoriumverlies-conflict was opgelost (in [PCL-A](#)). Waterretentie door SYNDROOM vergroot het oedeem aanzienlijk.

**OPMERKING:** Een groot hersenoedeem in dit deel van de grote hersenen kan op de motorische cortex drukken, met name tijdens de Epileptoïde Crisis wanneer de daadwerkelijke hartaanval plaatsvindt. De betrokkenheid van de motorische cortex resulteert in een tijdelijke verlamming van de linkerkant van het lichaam (zie rode beroerte). In de conventionele geneeskunde wordt het donkere (hypodens) gebied op de hersenscan geïnterpreteerd als een “herseninfectie”, waarvan wordt aangenomen dat het wordt veroorzaakt door een verstopping van een hersenslagader (zie collateralen die de bloedstroom naar de hersenen veilig stellen).



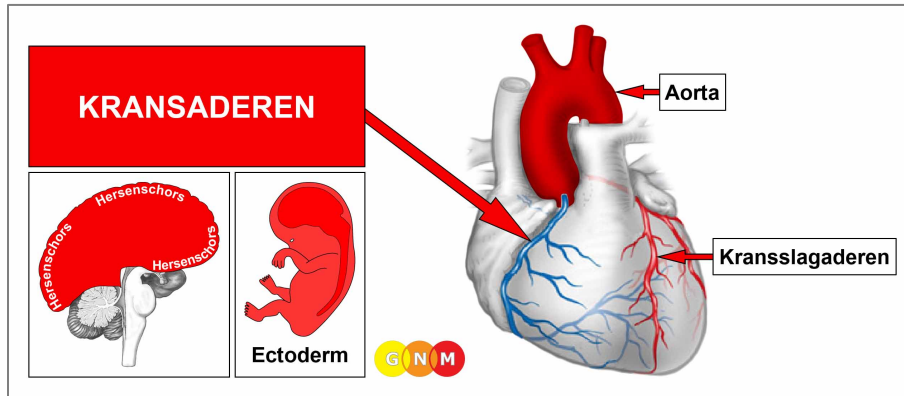
De glia-ring in het relais van de kransslagaderen ([bekijk het GNM-diagram](#)) geeft het begin van [PCL-B](#) aan. De hersenscan is kort na de reeds verwachte hartaanval gemaakt.

In de conventionele geneeskunde wordt de aanwezigheid van glia gediagnosticeerd als een “hersentumor”, om precies te zijn als een hooggradig glioom (glioblastoom); “wit aan de buitenkant en necrose in het midden”. De hersen-CT toont echter aan dat neuroglia (hersenslijmvlies) het hersenrelais vanuit de periferie begint te herstellen! Dit is duidelijk in tegenspraak met de gevestigde theorie dat een kanker, inclusief een “hersentumor”, groeit door voortdurende celvermeerdering die leidt tot de vorming van een tumor.



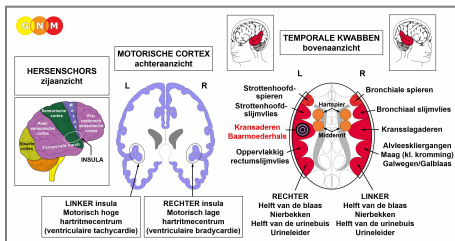
Gebaseerd op de gevestigde “hersentumor-theorie” deelt de conventionele geneeskunde het witte (hyperdens) gebied in als een astrocytoma graad 4 (glioblastoma) “met een slechte prognose”. Volgens het onderzoek van Dr. Hamer is de opbouw van neuroglia een positief teken, omdat het genezingsproces in de kransslagaderen ([bekijk het GNM-diagram](#)) bijna voltooid is.

**VERIFICATIE:** Op **6 september 1984** testten Dr. E. Mannheimer, MD (Kliniek voor Cardiologie, Wenen, Oostenrijk), Prof. Pokieser and Prof. en Dr. Imhof (radiologen aan de Universiteit van Wenen, Oostenrijk) Dr. Hamer’s bevindingen betreffende de relatie tussen hartaanvallen, territorium-verliesconflicten en de veranderingen in de hersenen, zichtbaar als zogenaamde Hamerse Haarden (HH). De resultaten bevestigden dat alle hartaanvallen plaatsvonden nadat een territoriumconflict was opgelost.



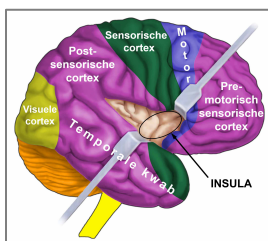
**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE KRANSADEREN:** De kransslagaderen en kransaderen lopen langs het buitenoppervlak van het hart. De kransaderen ontvangen zuurstofarm bloed uit de hartspier en ledigen deze in de rechter boezem van waar het naar de rechter ventrikel gaat en van daaruit verder naar de longslagader en de longen, waar het bloed verse zuurstof opneemt (longcirculatie). De longslagader is uniek in zoverre dat het de enige slagader in het menselijk lichaam is die zuurstofarm bloed vervoert. In tegenstelling tot andere bloedvaten bestaat de binnenbekleding van de kransaderen, de zogenaamde intima, uit zeer gevoelige plaveiselepitheelcellen die afkomstig zijn van het ectoderm en daarom worden aangestuurd vanuit de hersenschors. De wand van de kransaderen bestaat uit gladde spieren en dwarsgestreepte spieren.

**OPMERKING:** De kransaderen stammen af van de kieuwbogen, die bestaande uit **kieuwboogslagaderen**, die ten grondslag liggen aan vele belangrijke slagaderen (zie ook kransslagaderen, opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en de binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen).



**HERSENNIVEAU:** De bekleding van de kransaderen wordt aangestuurd vanuit de **linker insula** (deel van de **temporale kwab**). Het controlecentrum van de kransaderen bevindt zich tegenover het hersenrelais van de kransslagaderen.

De trofische relais van het middenrif en van de hartspier die de AV-knoop bevat grenzen van binnenuit aan de insula.



De **INSULA** bevindt zich diep in de hersenschors, precies op het punt waar de vier hersenschorsen elkaar ontmoeten (pre-motorisch sensorische cortex, motorische cortex, sensorische cortex, post-sensorische cortex). Het is het gebied van de hersenen dat de bekleding van de grote bloedvaten (kransslagaderen, kransaderen, aorta, halsslagaderen en ondersleutelbeenslagaderen) aanstuurt, die bloed van en naar het hart afgeven. De rechter- en linker insula regelen ook de langzame (bradycardiale) en snelle (tachycardiale) hartslag van de hartspier (myocard) – zie AV-knoop. **Het tachycardiale hartritme centrum** bevindt zich in de **linker insula**; het bradycardiale hartritme centrum in de rechter insula. Het hartritme (langzaam en snel) vormt samen met de middenrifademhaling het overkoepelende regelsysteem.

**OPMERKING:** De kransaderen en het baarmoederhalsslijmvlies delen hetzelfde controlecentrum en daarom hetzelfde biologische conflict. **Daarom lopen beide Biologische Speciaalprogramma's simultaan.**



**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met de kransaderen is een **vrouwelijk seksueel conflict** of een **mannelijk territoriumverlies-conflict**, afhankelijk van het geslacht, de lateraliteit en de hormoonstatus van de persoon (zie ook Postmortale Constellatie, Casanova Constellatie, Nymfomane Constellatie). Bij vrouwen beïnvloedt een seksueel conflict ook het baarmoederhalsslijmvlies. **OPMERKING:** Een man ervaart een vrouwelijk seksueel conflict alleen wanneer hij een lage testosteronstatus heeft. Als zijn testosteronniveau binnen het normale bereik ligt betreft een seksueel conflict de prostaat.

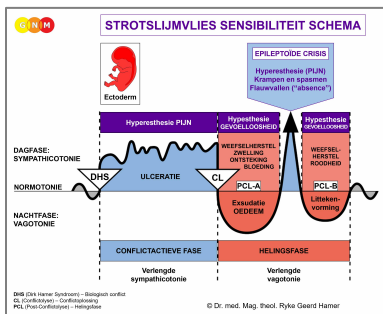
Geslacht, Lateraliteit, Hormoonstatus	Biologisch Conflict	Betroffen Orgaan
Rechtshandige man (NHS)	Territoriumverlies-conflict	Kransslagaderen
Linkshandige man (NHS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen*
Rechtshandige man (LTS)	Seksueel conflict	Kransaderen
Linkshandige man (LTS)	Seksueel conflict	Kransslagaderen*
Rechtshandige vrouw (NHS)	Seksueel conflict	Kransaderen en Baarmoederhals
Linkshandige vrouw (NHS)	Seksueel conflict	Kransaderen*
Rechtshandige vrouw (LOS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen
Linkshandige vrouw (LOS)	Territoriumverlies-conflict	Kransaderen en Baarmoederhals*

NHS = Normale hormoonstatus      LTS = Lage testosteronstatus      LOS = Lage oestrogeenstatus

**\* Bij linkshandigen wordt het conflict overgeheveld naar de andere hersenhelft**

In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **territoriumconflicten**, **seksuele conflicten** en **scheidingsconflicten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van ectodermale oorsprong, die worden aangestuurd vanuit de **sensorische, pre-motorische sensorische- en post-sensorische cortex**.

Een seksueel conflict verwijst naar **elke stress met betrekking tot de seksualiteit**. Dit omvat pijnlijke (eerste keer) seks, seksueel misbruik, seksuele intimidatie, ongewenste seksuele praktijken, seksuele afwijzing, een gevoel van seksueel ongewenst te zijn, een gebrek aan seksuele activiteit vanwege een onverwachte scheiding of verlies van een partner. Aanstootgevende pornografie, erachter komen dat de partner of echtgenoot met iemand anders slaapt of onderbrekingen tijdens de geslachtsgemeenschap kunnen het conflict ook veroorzaken.



Het Biologische Speciaalprogramma van de **kransaderen** volgt het **STROTSLIJMVLIES SENSIBILITEIT SCHEMA** met hyperesthesie in de conflictactieve fase en de Epileptoïde Crisis en hypesthesie in de helingsfase.

**CONFLICTACTIEVE FASE:** [Ulceratie van de bekleding van de kransaderen](#) evenredig aan de mate en duur van de conflictactiviteit. **Het biologische doel van het celverlies** is om het lumen van het bloedvat te verwijden om de bloedstroom te bevorderen. De ulceratie van de gevoelige intima veroorzaakt **matige angina pectoris**. Bij vrouwen ulcereert het baarmoederhalsslijmvlies eveneens, wat echter onopgemerkt blijft.



Deze CT-scan toont de impact van een seksueel conflict in het gebied van de hersenen dat de kransaderen aanstuurt ([bekijk het GNM-diagram](#)). De scherp gedefinieerde rand van de Hamerse Haard duidt op conflictactiviteit. Bij vrouwen beïnvloedt dit ook de baarmoederhals.

**HELINGSFASE:** Tijdens het eerste deel van de helingsfase ([PCL-A](#)) wordt het weefselverlies aangevuld door **celvermeerdering**. Net als het herstel van de kransslagaderen wordt het herstel van de kransaderen voornamelijk uitgevoerd met behulp van cholesterol.

De **EPILEPTOÏDE CRISIS** presenteert zich als een tijdelijke reactivering van de **angina pectoris** met **krampachtige pijn op de borst**, omdat ook de dwarsgestreepte spieren van de kransaderen betrokken zijn. Tijdens de spiercontracties raken kleine stukjes cholesterolplaque los van de bloedvatwand die in de longcirculatie worden terecht komen, waar ze de longslagader blokkeren en een **longembolie** (PE) veroorzaken, met **kortademigheid**. Afhankelijk van de intensiteit en duur van de conflictactieve fase variëren de symptomen van mild tot ernstig.

**OPMERKING:** Alle Epileptoïde Crises die worden aangestuurd vanuit de [sensorische, post-sensorische of pre-motorisch sensorische cortex](#) gaan gepaard met een **ontregelde bloedcirculatie, duizeligheid, korte bewustzijnsstoornissen of een volledig bewustzijnsverlies** (flauwvallen of “absence”), afhankelijk van de intensiteit van het conflict. Een ander kenmerkend symptoom is een **lage bloedsuikerspiegel**, die wordt veroorzaakt door het overmatige gebruik van glucose door de hersencellen (vergelijk met hypoglykemie gerelateerd aan de eilandcellen van de alvleesklier).

De conventionele geneeskunde beweert dat een longembolie wordt veroorzaakt door een bloedstolsel dat vermoedelijk ontstaat in de onderste ledematen en door het veneuze systeem reist, inclusief het hart, helemaal tot in de longen. In werkelijkheid zijn de “longembolie” genezingskorsten die afkomstig zijn uit de kransaderen. Bloedverdunnende medicijnen, die op dat moment worden ingenomen om de “bloedstolling te verminderen”, kunnen bijdragen aan acute bloeding in de baarmoederhals die tegelijkertijd de Epileptoïde Crisis ondergaat.

**OPMERKING:** Een **trombus** (bloedstolsel) vormt zich in een bloedvat wanneer het bloed stagneert, omdat bloed viskeus is en dikker wordt wanneer het niet stroomt. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer een persoon gedurende lange tijd inactief of immobiel is (na een operatie, wanneer iemand coma wordt gehouden, bij ziekenhuisopname, na een verwonding of langdurige bedlegerigheid) – (zie ook beenadertrombose). Het grootste risico van een algehele narcose is de dood door bloedstolsels! Een trombus in de longen kan dus een longembolie veroorzaken zonder een voorafgaand DHS. Of de longembolie verband houdt met een Epileptoïde Crisis of met een trombus kan eenvoudig worden vastgesteld met behulp van een CT-scan (zie hieronder). Ook bij een longembolie, die optreedt tijdens de genezingscrisis, horen angina-pijn en tachycardie, wat niet het geval is als de longembolie wordt veroorzaakt door een trombus. In ieder geval kan een bloedstolsel nooit leiden tot een hartaanval of beroerte, omdat bij een obstructie hulpvaten (collateralen) het hart en de hersenen van bloed blijven voorzien (zie ook halsslagaderen). Bovendien hebben studies uit de pathologie bevestigd dat er geen verband bestaat tussen het optreden van een bloedstolsel in de slagaderen en een hartaanval, die de theorie van trombusinfarct daarmee in zijn geheel weerlegt. Los daarvan hebben klinische waarnemingen aangetoond dat bij de behandeling van angina pectoris anticoagulantia (**bloedverdunners**), die worden toegediend om een hartaanval te voorkomen, volledig inefficiënt zijn.

### Waarom dik bloed beschermt tegen een hartaanval

Onderzoekers van het Universitair Ziekenhuis in Heidelberg (Duitsland) “onderzochten muizen met verhoogde bloedvetwaarden en een genetisch defect dat leidt tot een toename van de bloedstolling. De muizen ontwikkelden grotere plaques dan die zonder het genetische defect, maar de **plaques** waren stabiel. Bovendien **werd geen vaatobstructie waargenomen, omdat de vaatwand zich vergrootte om zich aan te passen aan de nieuwe situatie**. Het negatieve effect van grotere plaques op de bloedstroom werd tenietgedaan door het positieve effect van de stabiliteit en de grotere vaatdiameter. Het lange termijn gebruik van anticoagulantia (in dit geval heparine met een laag molecuulgewicht) heeft deze voordelen echter omgekeerd. De grootte van de plaques verminderde, maar ook de stabiliteit ging verloren, waardoor het risico op complicaties toenam.”

“Onze bevindingen werden gedaan bij muizen, maar ze bevestigen de resultaten van klinische studies bij mensen”, aldus Dr. Isermann. “Bovendien tonen in vitro-onderzoeken aan dat menselijke cellen op dezelfde manier reageren als muizencellen.” Het team gaat er van uit dat de resultaten ook op mensen toepasbaar zijn en beveelt aan om de voor- en nadelen van anticoagulantia zorgvuldig te overwegen, voordat ze aan een patiënt worden toegediend.

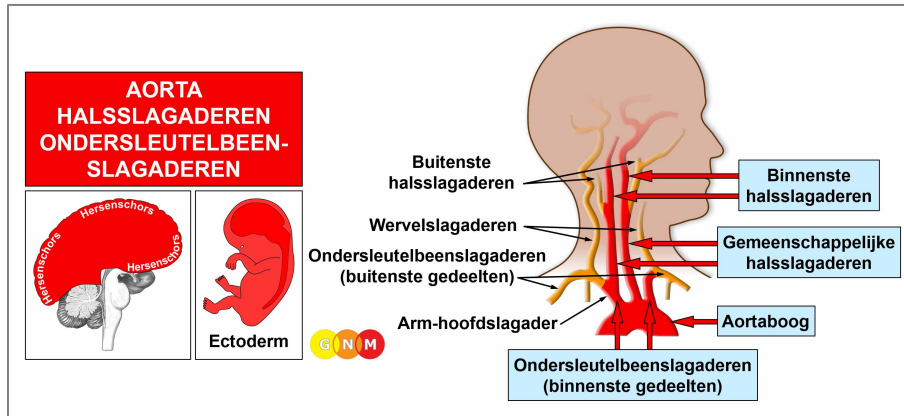
*Science News, 25 augustus 2009*

Het werkelijke gevaar van een longembolie schuilt in de betrokkenheid van het tachycardiale (hoge) hartritme centrum. Normaal gesproken klopt het hart in een regelmatig, evenwichtig ritme. Dit verandert echter gedurende de duur van de Epileptoïde Crisis, wanneer het hersenoedeem in het kransaderrelais wordt uitgedreven. De druk, die wordt veroorzaakt door de tijdelijke sympathicotone stuwning, versnelt de pols en veroorzaakt **tachycardie** (vergelijk met bradycardie, een langzame hartslag, gerelateerd aan de kransslagaderen; zie ook ventrikelfibrilleren en boezemfibrilleren). Terugkerende perioden van tachycardiale hartritme stoornissen, gecombineerd met een snelle ademhaling (**tachypneu**) of snakken naar adem worden veroorzaakt door het terugvallen in het conflict. Een permanente tachycardiale hartritme stoornis kan echter de dood veroorzaken, omdat de ophoudelijke fibrillerende hartslagen uiteindelijk de bloedstroom stoppen (hemodynamische stase).

**OPMERKING:** De Epileptoïde Crisis treedt drie tot zes weken na de conflictoplossing op. Als een intens conflict langer dan negen maanden duurde is de longembolie hoogstwaarschijnlijk fataal (zie ook een hartaanval gerelateerd aan de kransslagaderen). Bij waterretentie is de longembolie dramatischer omdat het vastgehouden vocht het hersenoedeem aanzienlijk vergroot. Bij het SYNDROOM kan de longembolie al dodelijk zijn na vijf tot zes maanden conflictactiviteit, terwijl de symptomen mild zijn en misschien niet eens worden opgemerkt wanneer de conflictactieve fase korter was dan vier maanden. Deze observatie is alleen van toepassing op de kransslagaderen!



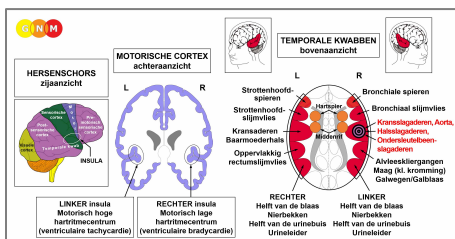
De ophoping van neuroglia in het hersenrelais van de kransaderen ([bekijk het GNM-diagram](#)) geeft aan dat de persoon de Epileptoïde Crisis (longembolie) al is gepasseerd en zich nu in het tweede deel van de helingsfase bevindt (in [PCL-B](#)). In de conventionele geneeskunde wordt ten onrechte aangenomen dat de gliapbouw een “hersentumor” is.



## ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE AORTA, DE HALSSLAGADEREN EN DE ONDERSLEUTELBEENSLAGADEREN:

De **aorta** is de hoofdslagader van het lichaam. De aorta ontspringt bij het hartzakje, direct na de aortaklep, waar het het bloed uit de linker ventrikel afneemt en over de rest van het lichaam verdeelt (systemische circulatie). Anatomisch gezien is de aorta een buis die zich omhoog uitstrekt vanuit het hart (opstijgende aorta), zich over het hart buigt (aortaboog) en via de borst naar beneden loopt (neerdalende aorta). Daar wordt het onderverdeeld in de thoracale aorta (borstaorta) en de buikaorta (abdominale aorta). De **halsslagaderen** lopen langs beide zijden van het hoofd en de nek. De binnenste halsslagaderen voeren bloed van het hart naar de hersenen; de buitenste halsslagaderen voeren het bloed naar het gezicht en de hoofdhuid. De **hersenslagaderen** komen voort uit de binnenste halsslagader. De **ondersleutelbeenslagaderen** zijn de gepaarde slagaderen onder het sleutelbeen die de armen van bloed voorzien. De linker ondersleutelbeenslagader komt voort uit de aortaboog; de rechter ondersleutelbeenslagader ontspringt met de rechter gemeenschappelijke halsslagader uit de arm-hoofdslagader (truncus brachiocephalicus), die de rechter arm, het hoofd en de nek van bloed voorziet. De wervelslagaderen ontspringen uit de wederzijdse ondersleutelbeenslagaderen. In tegenstelling tot andere bloedvaten bestaan de binnenbekleding van de opstijgende aorta, de binnenste halsslagaderen en de binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen uit plaveiselepitheel, zijn ze afkomstig van het ectoderm en worden daarom aangestuurd vanuit de hersenschors. De bloedvatwand bestaat uit gladde spieren en dwarsgestreepte spieren.

**OPMERKING:** De neerdalende aorta, buitenste halsslagaderen, de buitenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen en hersenslagaderen zijn afkomstig van het nieuw mesoderm en worden aangestuurd vanuit het hersenmerg (zie bloedvaten). Uiteindelijk werden de mesodermale en ectodermale secties samengevoegd. De opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen stammen af van de kieuwbogen, die bestaan uit **kieuwboogslagaderen**, die ten grondslag liggen aan vele belangrijke slagaderen (zie ook kransslagaderen en kransaderen).



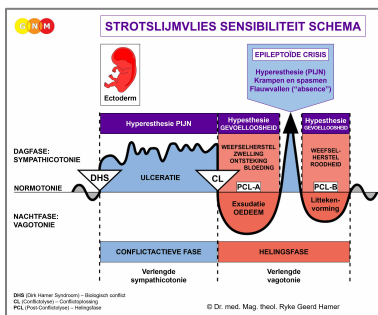
**HERSENNIVEAU:** De plaveiselepitheelbekleding van de opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen wordt aangestuurd vanuit de **rechter insula** (deel van de **temporale kwab**).

De **insula** bevindt zich diep in de hersenschors, precies op het punt waar de vier hersenschorsen elkaar ontmoeten (pre-motorisch sensorische cortex, motorische cortex, sensorische cortex, post-sensorische cortex). Het controlecentrum van de kransslagaderen bevindt zich recht tegenover het hersenrelais van de kransaderen.

**OPMERKING:** De kransslagaderen, opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en de binnenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen delen hetzelfde controlecentrum en daarom hetzelfde biologische conflict. Welke van deze slagaderen door het DHS is aangedaan is willekeurig. De sinus caroticus wordt ook aangestuurd vanuit hetzelfde hersenrelais, maar is gekoppeld aan een ander biologisch conflict. De neerdalende aorta, buitenste halsslagader en de buitenste gedeelten van de ondersleutelbeenslagaderen zijn gekoppeld aan een eigenwaarde-inbreuk conflict.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** Het biologische conflict dat verband houdt met de aorta, de halsslagaderen en de ondersleutelbeenslagaderen is een **mannelijk territoriumverlies-conflict** of een **vrouwelijk seksueel conflict**, afhankelijk van het geslacht, de lateraliteit en de hormoonstatus van een persoon (zie kransslagaderen).

In overeenstemming met evolutionair redeneren zijn **territoriumconflicten, seksuele conflicten** en **scheidingsconflicten** de primaire conflictthema's die worden geassocieerd met organen van ectodermale oorsprong, die worden aangestuurd vanuit de **sensorische, pre-motorische sensorische- en post-sensorische cortex**.



Het Biologische Speciaalprogramma van de **aorta, de halsslagaderen** en de **ondersleutelbeenslagaderen** volgt het **STROTSLIJMVLIES SENSIBILITEIT SCHEMA** met hyperesthesie in de conflictactieve fase en de Epileptoïde Crisis en hypesthesie in de helingsfase.

**CONFLICTACTIEVE FASE:** **Ulceratie in de getroffen slagader**, evenredig aan de mate en duur van de conflictactiviteit. **Het biologische doel van het celverlies** is om het lumen van het slagaderlijke vat te verwijden om de bloedstroom te bevorderen. **Symptomen:** pijn variërend van mild tot ernstig.

**OPMERKING:** Terwijl het conflict actief is, is de persoon in een depressieve stemming.

Als het conflict aanhoudt verzwakt de bloedvatwand, wat een lokale uitstulping van het ulcererende gebied veroorzaakt. Dit wordt een **aorta aneurysma, halsslagader aneurysma** of **ondersleutelbeenslagader aneurysma** genoemd (vergelijk met buikaorta aneurysma en aneurysmata gerelateerd aan de buitenste halsslagader en de buitenste delen van de ondersleutelbeenslagaderen of een hersenaneurysma). Kleine aneurysmata kunnen volledig onopgemerkt blijven. Naarmate het aneurysma echter groter wordt is er een groter risico op een scheuring met bloeding in het omliggende weefsel en mogelijk ernstige complicaties. Normaal gesproken stabiliseren de gladde spiervezels, die zijn ingebed in de dwarsgestreepte spieren van de arteriële wand, het bloedvat om een scheuring te voorkomen. Een aneurysma treedt daarom alleen op bij een krachtige beweging of zwaar tillen.

**HELINGSFASE:** Tijdens het eerste deel van de helingsfase (**PCL-A**) wordt het weefselverlies aangevuld door **celvermeerdering** met **zwellings** als gevolg van het oedeem (vochtophoping) in het genezingsgebied. De bloedvatwand wordt voornamelijk hersteld met behulp van calcium en cholesterol. Bij een hangende genezing, dat wil zeggen wanneer het genezingsproces voortdurend wordt onderbroken door conflictrecidieven, leidt de opbouw van cholesterolafzettingen uiteindelijk tot **atherosclerose**, een "verharding" van de slagader (zie ook atherosclerose gerelateerd aan de kransslagaderen en andere bloedvaten). Een grote zwelling, meestal vanwege gelijktijdig vasthouden van vocht als gevolg van het SYNDROOM en de ophoping van atherosclerotische plaques kunnen leiden tot een vernauwing van de slagader met duizeligheid en flauwvallen als de halsslagader is aangedaan (**vernauwing van de halsslagader**).

“De waarnemingen dat een klein deel van de patiënten met een beroerte ernstige halsslagaderstenose heeft en dat veel ouderen ernstige halsslagaderstenose hebben, maar geen symptomen, suggereren dat de mate van stenose niet de enige variabele is bij het voorspellen van het risico op een beroerte.”

*American Journal of Neuroradiology, mei 1999*

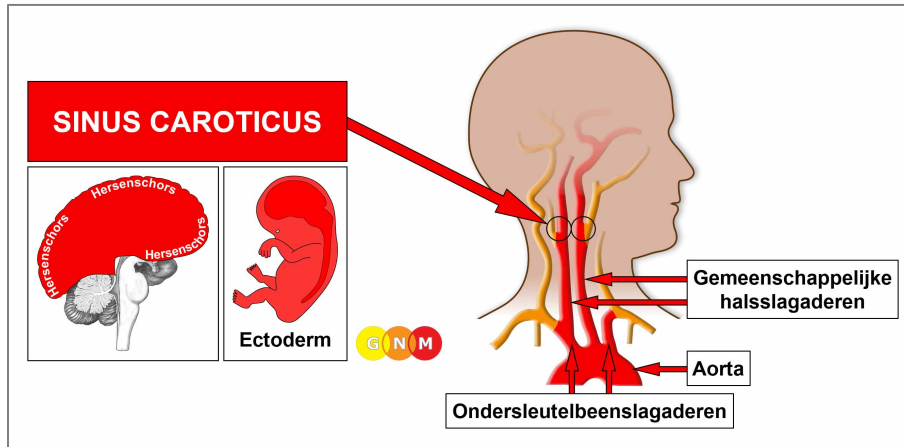
**OPMERKING:** Alle Epileptoïde Crises die worden aangestuurd vanuit de **sensorische, post-sensorische of pre-motorisch sensorische cortex** gaan gepaard met een **ontregelde bloedsomloop, duizeligheid, korte bewustzijnsstoornissen** of een **volledig bewustzijnsverlies** (flauwvallen of “absence”), afhankelijk van de intensiteit van het conflict. Een ander kenmerkend symptoom is een **lage bloedsuikerspiegel**, die wordt veroorzaakt door het overmatige gebruik van glucose door de hersencellen (vergelijk met hypoglykemie gerelateerd aan de eilandcellen van de alvleesklier).

Tijdens de spiercontracties die tijdens de Epileptoïde Crisis in de bloedvatwand plaatsvinden kunnen kleine stukjes cholesterolplaque (ten onrechte beschouwd als een “trombus”) losraken en naar de hersenen reizen. Een blokkade van de halsslagader veroorzaakt echter geen beroerte, zoals wordt beweerd door de conventionele geneeskunde. Net zoals het geval bij een occlusie van de kransslagaderen fungeren hulpvaten of zogenaamde collateralen als een natuurlijke bypass om de hersenen van bloed en zuurstof te voorzien, als zich een obstructie voordoet.

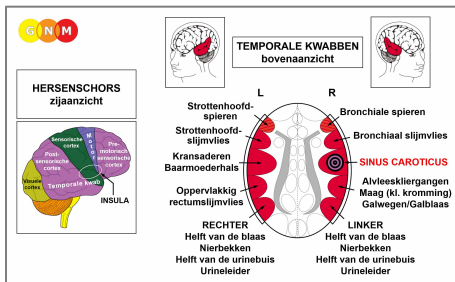
#### **Collaterale hersencirculatie bij halsslagaderziekte**

“In het geval een van de belangrijkste hersenslagaderen verstopt raakt door een verstopingsziekte speelt de collaterale hersencirculatie een belangrijke rol bij het behoud van cerebrale perfusie, door een verbeterde voorziening in de bloedstroom.”

*Current Cardiology Review, november 2009*



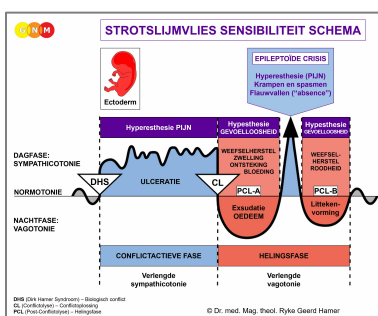
**ONTWIKKELING EN FUNCTIE VAN DE SINUS CAROTICUS:** De sinus caroticus is een bolvormig plekje, bilateraal (aan beide zijden van de nek) gelegen bij het punt waar de halsslagaderen zich afsplitsen. De sinus caroticus bevat drukreceptoren die de bloeddruk van het lichaam regelen door veranderingen in de hartslag te registreren. De bekleding van de sinus caroticus bestaat uit plaveiselepitheel, is afkomstig van het ectoderm en wordt daarom aangestuurd vanuit de hersenschors.



**HERSENNIVEAU:** De sinus caroticus wordt aangestuurd vanuit de **rechter insula** (deel van de **temporale kwab**). De **insula** bevindt zich diep in de hersenschors, precies op het punt waar de vier hersenschorsen elkaar ontmoeten (pre-motorische sensorische cortex, motorische cortex, sensorische cortex, post-sensorische cortex). Het controlecentrum van de sinus caroticus bevindt zich recht tegenover het hersenrelais van de kransadere.

**OPMERKING:** De sinus caroticus deelt het controlecentrum met de hersenrelais van de kransslagaderen, opstijgende aorta, binnenste halsslagaderen en de binnenste secties van de onderleutelbeenslagaderen.

**BIOLOGISCH CONFLICT:** De bloeddruk is te hoog.



Het Biologische Speciaalprogramma van de **sinus caroticus** volgt het **STROTSLIJMVLIES SENSIBILITEIT SCHEMA** met hyperesthetie in de conflictactieve fase en de Epileptoïde Crisis en hypesthetie in de helingsfase.

**CONFLICTACTIEVE FASE:** **Ulceratie in de sinus caroticus** evenredig aan de mate en duur van de conflictactiviteit. **Het biologische doel van het celverlies** is het verlagen van de bloeddruk. Continue, intense conflictactiviteit veroorzaakt **overgevoeligheid van de sinus caroticus** met een merkbare **bradycardie** (vergelijk met langzame hartslag tijdens een hartaanval gerelateerd aan de kransslagaderen) en een **daling van de bloeddruk** (vergelijk met een daling van de bloeddruk tijdens een linker hartspierinfarct).



**HELINGSFASE:** Tijdens het eerste deel van de helingsfase ([PCL-A](#)) wordt het ulcererende gebied aangevuld door **celvermeerdering**. Het bolvormige plekje wordt voornamelijk met behulp van cholesterol gerepareerd. Bij een hangende genezing vernauwt de ophoping van cholesterolplaques de doorgang van de halsslagader, een **carotis bifurcatie atheroma** genoemd (vergelijk met stenose van de halsslagader die duizeligheid en een licht gevoel in het hoofd veroorzaakt, maar GEEN beroerte; zie collaterale hersendoorbloeding bij halsslagaderziekte).

**Vertaling: Arjen Liefers**

**Bron: [www.learningnm.com](http://www.learningnm.com)**