

✉ M. Hase^{1,2}, U. M. Balmaceda

Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Considering the relevance of the NADA protocol in the treatment of posttraumatic stress disorder

Zusammenfassung

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und anderer psychotraumatischer Folgestörungen ist trotz der vorliegenden, überwiegend psychotherapeutischen Behandlungsmethoden immer noch schwierig.

Das non-verbale und non-konfrontative NADA-Protokoll scheint eine vielversprechende Ergänzung der Behandlungsmethoden im Setting der speziellen Psychotraumatheerapie zu sein. Dies lässt sich aus dem Wesen der PTBS heraus gut verstehen.

Aus der aktuellen Literatur liegen Berichte über Einzelfälle, Daten über größere Gruppen von behandelten Patienten und Ergebnisse aus der Grundlagenforschung vor, die Anlass zur Hoffnung geben, dass das NADA-Protokoll wie auch Ansätze aus der Körperakupunktur die Behandlungsmöglichkeiten für psychisch traumatisierte Menschen bereichern werden.

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, PTBS, Psychotherapie, EMDR

Abstract

The treatment of post-traumatic stress disorder and other disturbances related to psychological trauma is difficult, even though effective and mostly psychotherapeutic approaches to treatment are available.

The non-verbal and non-confronting NADA acupuncture treatment appears to be a promising adjunctive option in the specialized trauma-therapeutic setting. This is plausible, considering the essence of post-traumatic stress disorder.

Current literature presenting case reports and comprehensive data as well as results from experimental research give cause to hope that the NADA protocol, as well as other options using body acupuncture, may enhance the treatment of psychologically traumatized people.

Keywords

NADA protocol, PTSD, psychotherapy, EMDR

Einleitung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist mit einer Prävalenz von etwa 3 % in der Gesamtbevölkerung – bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland –, und Prävalenzen von bis zu 40 % in Subgruppen der Bevölkerung eine durchaus die Versorgungsrealität bestimmende Erkrankung. Bei dem Anlass, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, liegen die PTBS und subsyndromale psychotraumatische Folgesyndrome weit vorn. Insofern werden auch entsprechend häufig psychotraumatheerapeutische Angebote für Patienten nachgesucht. Die PTBS gilt mittlerweile, vor allem durch die Entwicklung der Psychotherapie, mit der Integration innovativer Therapien, wie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) [1] als eine gut behandelbare Störung. Im Einzelfall erweist sich die psychotherapeutische Arbeit jedoch durchaus als schwierig.

Das zentrale Problem der PTBS: Übererregung

Ein Grund liegt in einer Kernsymptomatik der PTBS. Der traumatische Stress hinterlässt im Menschen bei mangelhafter Verarbeitung der traumatischen Erfahrung eine latente Bereitschaft der Alarmsysteme, die bei Wahrnehmung ausreichend ähnlicher Reize (sog. Schlüsselreize oder Trigger) erneut aktiviert werden. Dies kann durch die Schreckreaktion als Indikator biologischer Aktivität in der Stressachse abgebildet werden, wie dies Shalev [2] und Mitarbeiter schon 1998 zeigten. Auch Yehuda [3] hat einen erhöhten Blutspiegel des Noradrenalins als wichtigen Neurotransmitter der Stressachse bei PTBS-Patienten nachgewiesen.

Die persistierende Tendenz zur Übererregung und Aktivierung der Alarmsysteme hat Folgen. Die in der konkreten Gefahr sinnvolle Reaktion mit Mobilisierung aller körperlichen Kräfte und Veränderung geistiger und seelischer Funktionen erweist sich beim Patienten mit PTBS als Sackgasse. In der Alarmreaktion werden

körperliche Aktivitäten hochgefahren, um kämpfen oder fliehen zu können. Gleichzeitig werden bestimmte kortikale Funktionen, wie die des analytischen Denkens, des Sprachverständnisses und der Sprachexpression, heruntergefahren.

Dies dient mit vielen weiteren Mechanismen dem Ziel der Bewältigung der akuten Gefahr und letztlich dem Überleben. Persistieren diese Reaktionen, führt dies jedoch zu einer Störung der Informationsverarbeitung besonders in limbisch-paralimbisch-neokortikalen Netzwerken. Wenn sich bei dem seelisch traumatisierten Menschen erstmals eine PTBS ausgebildet hat, dann reicht sie weit in das Körperliche hinein. Zur PTBS gehören dann auch neuro-humorale Veränderungen, die sich besonders auf der Stressachse zeigen.

Bei den Patienten mit einer PTBS reichen banale Alltagsreize aus, unverarbeitetes, traumatisches Erinnerungsmaterial zu aktivieren und die beschriebene Kaskade an Reaktionen in Gang zu setzen. Da zur Nachverarbeitung der traumatischen Erinnerung im Rahmen der Therapie Erinnerungsmaterial aktiviert werden muss, kann auch das therapeutische Bemühen zur Aktivierung der traumatischen Erinnerung diese Kaskade des Notfallgeschehens in Gang setzen und somit den Patienten für die normalen sprachlichen Interventionen der Psychotherapie unzugänglich machen. Auch wird die Übererregung mit dem begleitenden Effekt der Angst bis Panik vom Patienten aversiv erlebt und vermieden. Weitere Symptome sind die intrusiven Erinnerungsfragmente, die besonders auf Auslösereize hin auftreten und die Patienten belasten. Patienten versuchen verständlicherweise die Belastung durch Vermeiden der Auslöser zu minimieren.

Unserer Erfahrung nach ist die Übererregung das entscheidende Merkmal der PTBS und gleichzeitig das zentrale Problem der Behandlung, da dieses bei jeder akzidentellen oder intendierten Aktivierung der Erinnerung auftritt und dadurch die psychotherapeutische

✉ Dr. med. Michael Hase^{1,2}
¹Diana Klinik Bad Bevensen
 Dahlenburger Str. 2
 D-29549 Bad Bevensen
 mi.hase@arcor.de

²Lüneburger Zentrum für Stressmedizin
 Im Kamp 9
 D-21335 Lüneburg

✉ Dr. med. Ute Mirian Balmaceda
 Diana Klinik Bad Bevensen
 Dahlenburger Str. 2

D-29549 Bad Bevensen
 balmaceda@arcor.de

Arbeit massiv erschwert. Denn die Aktivierung der Erinnerung ist in der Therapie letztlich unvermeidbar und zu einer Heilung der PTBS auch notwendig. Insofern finden sich in den allermeisten Ansätzen zur Behandlung der PTBS, seien sie psychotherapeutischer oder somatischer Natur, Versuche, die Übererregung des Patienten zu begrenzen. Denn nur wenn dies gelingt, kann die traumatische Erinnerung im therapeutischen Prozess nachverarbeitet werden und die Symptomatik zur Ruhe kommen.

Gemäß den vorliegenden Meta-Analysen, wir möchten hier nur die jüngste von Bisson und Mitarbeitern [4] erwähnen, ist die Behandlung der PTBS im Grundsatz Psychotherapie. Hier sind es vor allem die psychotherapeutische Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und die traumafokussierte Verhaltenstherapie, die ihre Wirksamkeit in Studien nachweisen konnten. Abbruchraten in der Behandlung können durch Beziehungsaufbau und Stabilisierung vermindert werden. Der gesamte Kontext ist allen Adaptationen psychotherapeutischer Techniken und Methoden als spezielle Psychotraumatheorie gut entwickelt und beschrieben.

Es bleibt jedoch, wie schon gesagt, das Problem der Übererregung in der Behandlung, das zentral in unserer therapeutischen Aufmerksamkeit stehen muss. Denn nur, wenn der Patient in einem angemessenen Erregungsbereich, dem sogenannten Toleranzfenster, bleibt, kann er die dann aktivierte Erinnerung verarbeiten. Zur speziellen Psychotraumatheorie gehört also zentral die Modulation der Übererregung, denn nur dann kann auch die Differenzierung von traumatischer Vergangenheit und sicherer Gegenwart gelingen. Die Verarbeitung traumatischer Erinnerung kann so in einen Lern- und Wachstumsprozess münden.

Akupunktur in der Psychotraumatheorie

Uns interessiert nun die Frage, welche Rolle die Akupunktur und, ganz besonders, das NADA-Protokoll in der speziellen Psychotraumatheorie spielen kann.

Aus der experimentellen Akupunkturforschung lassen sich durchaus interessante Erkenntnisse gewinnen. Hou und Mitarbeiter [5] haben mit einem Tiermodell der PTBS gearbeitet. Hier wurden experimentell 30 Ratten untersucht, die in drei Gruppen randomisiert wurden. Eine Gruppe waren die sozusagen gesunden, unter normalen Bedingungen, gehaltenen. Die zweite Gruppe betraf die Ratten, die exponentiell durch anhaltenden und unausweichlichen Stress traumatisiert wurden und sozusagen eine PTBS aufwiesen. Die dritte Gruppe bestand aus den Tieren, die ebenfalls im gleichen Paradigma traumatisiert wurden, aber dann mit Elektroakupunktur behandelt wurden. Die Untersuchung erfolgte mit Verhaltensanalysen z. B. dem „Morris Wasser Labyrinth Test“, aber auch durch Bestimmung des Gluco- und Mineralocorticoid Rezeptorproteins im Hippocampus.

Die Therapiegruppe erhielt Elektroakupunktur an LG 20 sowie Ma 36 beidseits einmal täglich für 30 Minuten über eine Woche. Bei der Akupunkturgruppe zeigte sich im Vergleich mit der unbehandelten PTBS eine deutliche Veränderung. Es konnte z. B. eine verkürzte Reaktionszeit im Labyrinth, eine verringerte Expression des GC-Rezeptorproteins und eine erhöhte Expression des MC-Rezeptorproteins gefunden werden. Das Ergebnis zeigt eine Verbesserung der Lernfähigkeit und eine positive Veränderung der Expression von MC- und GC-Rezeptorproteinen bei den durch Akupunktur behandelten Tieren, die auf eine positive Beeinflussung der PTBS hinweisen. Wir sehen hier also eine Wirkung der Akupunktur in stressrelevanten Systemen.

Neben dem Tiermodell gibt es Erfahrungen aus der Behandlung traumatisierter Menschen, die die Wirksamkeit von Akupunktur bei der PTBS aufzeigen.

Hollifield [6] beschrieb biologische Effekte der Akupunktur, die für die PTBS-Behandlung von Bedeutung sind. Schon dieser Autor formulierte die Annahme, dass theoretische, klinische und biologische Daten die Annahme der Wirksamkeit von Akupunktur bei PTBS stützen können. Insofern war auf weitere experimentelle und klinische Daten zu hoffen.

Die Wirkung der Akupunktur auf zerebrale Funktionen ist mittlerweile bekannt.

Wir möchten hier eine Untersuchung von Wang [7] erwähnen, der versuchte, das Erleben des *Deqi* mit dem funktionellen Kernspin abzubilden. Hier wurde zum einen der Akupunkturpunkt Le 3 rechts genadelt und stimuliert, welches dann mit einer taktilen Stimulation ohne Nadel verglichen wurde. Therapeutisch wurde versucht, unterschiedliches *Deqi*-Erleben (Druck, Schwere, Fülle, Taubheit und Kribbeln) zu induzieren. In der Tat konnte durch Interventionen an der Nadel ein unterschiedliches *Deqi*-Erleben am Patienten verursacht werden. Und diese unterschiedlichen Arten des *Deqi*-Erlebens wurden durch unterschiedliche Hemmungs- bzw. Aktivierungsmuster des Gehirns im funktionellen Kernspin abgebildet. Beispielsweise kam es zu einer Deaktivierung in limbisch-paralimbisch-neocorticalen Netzwerken, die für die Behandlung der PTBS durchaus von Interesse sind.

Wie tief die Akupunktur in das psychophysische Geschehen hineinwirken kann, zeigte eine Untersuchung von Liu und Mitarbeitern [8]. Hier wurden im Tiermodell erneut Ratten mit dem Modell des unvorhersehbaren milden Stresses und der Isolation in den Zustand einer Depression gebracht. 80 Tiere wurden in vier Gruppen randomisiert. Eine Kontrollgruppe war in normaler Haltung. In drei weiteren Gruppen wurde jeweils die Depression induziert. Zwei Gruppen wurden dann mit Elektroakupunktur (EA) behandelt. Die eine Gruppe erhielt Elektroakupunktur in Kurznarkose in der Concha, die andere an der Ohrspitze als Sham-Gruppe.

Nur bei den Ratten mit induzierter Depression und der Anwendung der Elektroakupunktur in der Concha zeigte sich eine Normalisierung des Cortisols, eine Normalisierung von Blutdruck und Puls und vor allem auch eine Verhaltensnormalisierung. Beide Formen der Ohrakupunktur führten zu einem Abfall des Cortisolspiegels. Im Tiermodell war der Effekt der Elektroakupunktur in der Concha mit dem Effekt der Vagus-Stimulation in seiner Wirkung auf Herzrate und auf Blutdruck vergleichbar. Hier konnte die EA in der Concha den Effekt der induzierten Depression antagonisieren. Wir halten diese Befunde aus dem Tiermodell für bedeutsam, da hiermit Fragen des Placeboeffektes und der Induktion von Behandlungsergebnissen durch die Haltung des Untersuchers minimiert werden können.

Raben [9] hat 2011 auf die Effekte der Akupunktur in der Therapie von traumatisierten Patienten hingewiesen. Seine besondere Betonung des non-verbalen und non-konfrontativen Ansatzes der NADA-Ohrakupunktur ist sicherlich von Bedeutung. Dies wird verständlich, wenn man sich die Entstehung der PTBS im Trauma als konfrontative hoch aufgeladene Situation vergegenwärtigt. Raben setzte in seinem Aufsatz die Phasen der Stressbewältigung in Bezug zu metaphorischen Begrifflichkeiten der TCM. Auch dies scheint uns eine wesentliche Bereicherung des therapeutischen Denkens und Handelns in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Es gibt mehrere Berichte über die Anwendung von Akupunktur bei belasteten und traumatisierten Patienten. Duncan [10] beschreibt die Anwendung eines komplementären Behandlungsangebotes mit Ohrakupunktur, Akupressur und Zero Balancing, einem Entspannungsverfahren, bei 2.756 Soldaten. Hier konnte er über eine deutliche Verbesserung mehrerer Symptome berichten. Die Stressreduktion wurde von Patienten wie auch Behandlern als wichtig eingeschätzt.

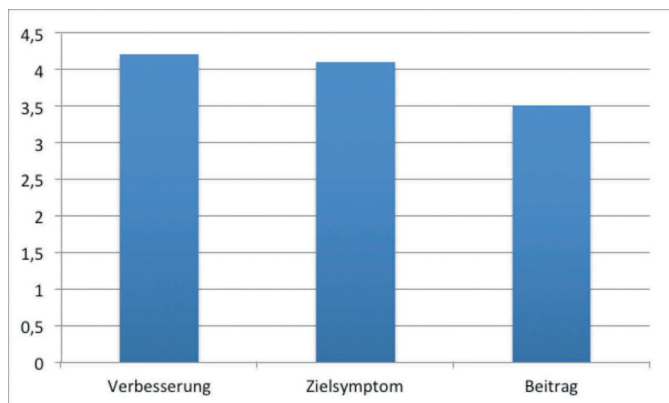


Abb. 1: Verbesserung durch NADA, Wirkung auf das Zielsymptom und Beitrag zum Behandlungsergebnis in der subjektiven Einschätzung der Patienten in der Gesamtgruppe. Je näher der Wert am Maximum 5 liegt, desto stärker wird eine Verbesserung des Wohlbefindens, eine Wirkung auf das Zielsymptom und ein Beitrag zum Behandlungsergebnis durch NADA vom Patienten subjektiv eingeschätzt.

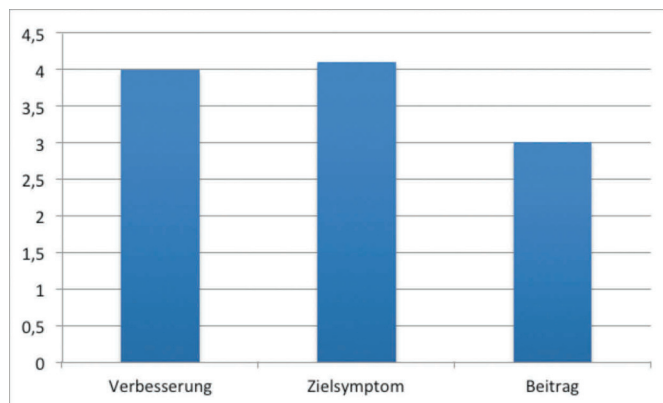


Abb. 2: Verbesserung durch NADA, Wirkung auf das Zielsymptom und Beitrag zum Behandlungsergebnis in der subjektiven Einschätzung der Patienten in der F43.X-Gruppe. Je näher der Wert am Maximum 5 liegt, desto stärker wird eine Verbesserung des Wohlbefindens, eine Wirkung auf das Zielsymptom und ein Beitrag zum Behandlungsergebnis durch NADA vom Patienten subjektiv eingeschätzt.

Eisenlohr schildert die positiven Erfahrungen durch den Einsatz von Akupunktur in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrosoldaten [11].

Das NADA-Protokoll in der Psychotraumathe- rapie

Im Setting der psychosomatischen Rehabilitationsklinik lässt sich die NADA-Ohrakupunktur gut einsetzen. Hase und Hase [12] stellen die Einführung des NADA-Protokolls in einer Abteilung für psychosomatische Rehabilitation und Psychotherapie dar. Hier wurden 62 Patienten untersucht und 53 Datensätze ausgewertet. Die Ergebnisse sind an anderer Stelle publiziert. Hier möchten wir nur kurz auf die gemachten Erfahrungen in Bezug auf das Thema dieses Aufsatzes eingehen.

Es scheint uns wichtig zu erwähnen, dass die Subgruppenanalyse der Patienten mit PTBS und Anpassungsstörung ebenfalls ein gutes Ansprechen auf die NADA-Ohrakupunktur bei insgesamt sehr geringen Nebenwirkungen und einer hohen Akzeptanz der Patienten zeigte. In der Untersuchungspopulation waren zwölf Patienten mit der Diagnose der PTBS respektive Anpassungsstörung (ICD F43.1, F43.2). Auch hier kam es zu einer Verbesserung der gemessenen Kennwerte mit einer hohen Akzeptanz der Patienten für die NADA-Ohrakupunktur. Nebenwirkungen wurden etwas häufiger angegeben, welches mit der sympathikotonen Spannung der Patienten erklärbar wäre. In der subjektiven Einschätzung der Patienten bezüglich des Effekts der NADA-Ohrakupunktur waren die Ergebnisse in der F43.X Subpopulation mit der Gesamtgruppe vergleichbar.

Unsere Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll bei seelisch traumatisierten Patienten

Die Bedeutung der NADA-Ohrakupunktur bei Patienten mit PTBS liegt nach unserer Erfahrung in der hohen Akzeptanz der Patienten dieses non-verbale und non-konfrontative Angebotes und in der vegetativen Stabilisierung bei gleichzeitig entspannter Wachheit. Besonders Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgesyndromen fürchten eine Einschränkung der Vigilanz, wie sie oftmals als Folge psychotroper Medikation erlebt wird, da diese ihrem Bedürfnis nach Kontrolle der Umgebung als Sicherung gegen erneute Gefahr entgegenwirken würde. Mit der NADA-Ohrakupunktur gelingt ein Management der Übererregung, das besonders vom traumatisierten Patienten angenommen werden kann.

In vielen uns bekannten Behandlungssettings für Patienten mit psychotraumatischen Folgesyndromen ist NADA-Ohrakupunktur zu einem Grundpfeiler in der Behandlung geworden. Bislang gibt es allerdings zu wenig Forschung bezüglich der Ergebnisse, wie auch der Wirkmechanismen. Wenn sich auch das NADA-Protokoll nicht auf die vegetative Wirkung reduzieren lässt, gibt es hier doch einen Forschungsbedarf. Derzeit sind es nur wenige Einzelfälle, bei denen unter Ableitung der Herzratenvariabilität während der NADA-Akupunktur eine sehr gute vegetativ ausgleichende Wirkung dargestellt wurde. Auch hier gilt es, in der Zukunft in größerem Umfang Daten zu erheben. Unserer Erfahrung nach empfiehlt sich die Erstanwendung der NADA-Ohrakupunktur im Einzelsetting, um dann den traumatisierten Patienten möglichst rasch in das Gruppensetting überführen zu können. Im Einzelsetting ist ein individuelles Eingehen auf die möglicherweise etwas ausgeprägte Reaktion bei der schon beschriebenen vorherrschenden hohen vegetativen Spannung möglich. Die NADA-Ohrakupunktur im Gruppensetting dient uns als mittlerweile unverzichtbare Basistherapie im Sinne einer psychovegetativen Stabilisierung. Zudem kann die NADA-Ohrakupunktur zur Unterstützung der Traumabearbeitung genutzt werden.

Fallbeispiel 1

Der 49-jährige Mann kommt zur stationären Psychotherapie. Bei ihm bestand eine chronische PTBS nach einem massiven Überfall durch eine Gruppe junger Männer im Rahmen von Gewaltkriminalität. Der Überfall war durch massive, sadistische Gewalt gekennzeichnet und führte auch zu bleibenden körperlichen Schäden. Im späteren Leben kam eine Krebserkrankung als hoch belastendes Ereignis hinzu. Der Patient hatte schon mehrfach ambulante und stationäre Traumatherapie erfahren, ohne dass es zu einer nachhaltigen Besserung gekommen war. Bei der Anamnese schilderte er massive Übererregung bei der Bearbeitung traumatischer Erinnerung als Problem. Er erhielt traumaspezifische Stabilisierung und NADA-Ohrakupunktur – beides als Gruppentherapie. Bei gutem Ansprechen auf die NADA-Ohrakupunktur wurde in den traumatherapeutischen Einzelsitzungen mit der EMDR-Methode gleichzeitig NADA angewandt. In dieser Kombination war die Übererregung in der Durcharbeitung traumatischer Erinnerung begrenzt. Der Patient profitierte nachhaltig von der Therapie.

Ich persönlich (M. H.) habe gute Erfahrungen mit der Integration der NADA-Ohrakupunktur in die psychotherapeutische Arbeit mit traumakonfrontativen Methoden gemacht. So scheint es mir hilfreich, bei einigen Patienten die NADA-Ohrakupunktur zur Modulation der Übererregung in die psychotherapeutische Arbeit der EMDR-Methode zu integrieren. Natürlich geschieht dies nur mit Patienten, die in die NADA-Ohrakupunktur eingeführt wurden und diese schon vorher erhalten haben. Die Nadeln können vor der EMDR-Sitzung gesetzt werden oder auch durchaus im Sinne einer Intervention während der Sitzung, wenn deutlich wird, dass die Übererregung durch die psychotherapeutischen Interventionen und Maßnahmen nicht ausreichend zu begrenzen ist.

Doch auch die Anwendung der NADA-Ohrakupunktur per se lässt sich in den Begrifflichkeiten der speziellen Psychotherapie fassen. Die Anwendung der NADA-Ohrakupunktur bedeutet eine korrigierende Erfahrung mit vegetativer Umstimmung in sicherer Gegenwart – durchaus auch in einer Gruppensituation – und bietet hier ein Gegengewicht zur traumatischen Erfahrung. Einzelerfahrungen lassen vermuten, dass hierdurch durchaus die Verarbeitung traumatischer Erinnerung initiiert werden kann, die danach eigendynamisch abläuft. Letztendlich bedeutet die PTBS in ihrer Pathologie eine Behinderung der grundsätzlich möglichen Eigenverarbeitung der Erinnerung. Insofern wäre es verständlich, dass die NADA-Ohrakupunktur einen Beitrag zur Restitution der Verarbeitungsfähigkeit des Menschen darstellt. Der restituierte Verarbeitungsprozess kann dann eben eigendynamisch ablaufen und zur Verarbeitung der Erinnerung führen. Daher bedarf es unserer Einschätzung nach einer Begleitung des Patienten durch qualifizierte Mitarbeiter. Auch in der Gruppensitzung sollten Patienten mit Traumafolgestörungen nicht allein gelassen werden.

Fallbeispiel 2

Die etwa 35-jährige Frau wurde zur ersten stationären Psychotherapie aufgenommen. Bei ihr bestand eine PTBS als Folge sexualisierter Gewalt durch einen Betreuer im Sportverein. Der Übergriff lag etwa 17 Jahre zurück. Die Patientin erhielt im Rahmen der stationären Behandlung tiefenpsychologisch-interaktionelle Gruppentherapie und traumaspezifische Stabilisierung in der Gruppe. Zudem nahm sie an der NADA-Gruppe zweimal wöchentlich teil. In einer der Ohrakupunktur-Sitzungen begann die Patientin zum Ende spontan zu weinen. Auf Nachfrage durch den begleitenden Therapeuten berichtete die Patientin, dass sich die Erinnerung an den Übergriff gezeigt habe. Sie habe Bilder ablaufen sehen, die blasser geworden seien und fühle sich jetzt traurig, aber freier. In einer Nachkontrolle am Folgetag zeigten sich eine deutliche Entlastung und Hinweis auf eine beginnende Verarbeitung der traumatischen Erfahrung.

Zusammenfassung und Ausblick

Akupunktur, insbesondere die NADA-Ohrakupunktur, kann die Behandlung psychisch traumatisierter Patienten bereichern. Hier ist das Management der Übererregung von besonderer Bedeutung. Zudem scheint die NADA-Ohrakupunktur einen eigenen Beitrag zur Restitution der Verarbeitungsfähigkeit zu leisten. Es bleibt zu klären, welche Patienten besonders von diesem Angebot profitieren. Bisherige Erfahrungen lassen vermuten, dass das Angebot wirksam und nebenwirkungsarm ist und von der Mehrzahl der Patienten in hohem Ausmaß akzeptiert wird. Sicherlich ist es notwendig, die Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur und der Akupunktur beim Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgestörungen durch kontrollierte Datenerhebungen mit ausreichend großen Kollektiven zu untersuchen und abzubilden.

Eine gute Ausbildung in der NADA-Ohrakupunktur – respektive natürlich der Akupunktur –, wie auch in der Behandlung psychisch traumatisierter Menschen ist jedoch Voraussetzung für die Anwendung am Patienten. Ist dies gegeben, liegt unserer Erfahrung nach hier eine große Chance gerade für psychisch traumatisierte Patienten.

Literatur

1. Shapiro, F. EMDR basic principles and protocols. New York, Norton, 2001
2. Shalev AY, Peri T, Orr SP, Bonne O, Pitman RK. Auditory startle responses in help-seeking trauma survivors. *Psychiatry Res.* 1997 Mar 3;69(1):1-7
3. Yehuda R, Siever LJ, Teicher MH, Levengood RA, Gerber DK, et al. Plasma norepinephrine and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol concentrations and severity of depression in combat posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 1998 Jul 1;44(1):56-63
4. Bisson J, Ehlers A, Matthew R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological Treatments for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:97-104
5. Hou LQ, Liu S, Xiong KR. Effects of electroacupuncture intervention on behavior changes and hippocampal glucocorticoid receptor and mineralocorticoid receptor expression levels in post-traumatic stress disorder rats. *Zhen Ci Yan jiu.* 2013 Apr;38(2):140-5
6. Hollifield M. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: conceptual, clinical, and biological data support further research. *CNS Neurosci Ther.* 2011 Dec; 17(6):769-79
7. Wang X, Chan ST, Fang J, Nixon EE, Liu J, et al. Neural Encoding of Acupuncture Needling Sensations: Evidence from a fMRI Study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:483105. doi: 10.1155/2013/483105. Epub 2013 Aug 25
8. Liu RP, Fang JL, Rong PJ, Zhao Y, Meng H, et al. Effects of Electroacupuncture at Auricular Concha Region on the Depressive Status of Unpredictable Chronic Mild Stress Rat Models. *Evid Based Complement Altern Med.* 2013;2013:789674. doi: 10.1155/2013/789674. Epub 2013 Jan 29
9. Raben R. NADA in der Verarbeitung psychischer Traumata. *Dt. Ztschr f Akup.* 2011;54,4:13-7
10. Duncan AD, Liechty JM, Miller C, Chinoy G, Ricciardi R. Employee use and perceived benefit of a complementary and alternative medicine wellness clinic at a major military hospital: evaluation of a pilot program. *J Altern Complement Med.* 2011 Sep;17(9):809-15
11. Eisenlohr V, Römer HW, Zimmermann P. Akupunktur – eine neue Option in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten? *Dt. Ztschr f Akup.* 2010;53,2:29-34
12. Hase M, Hase A. Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. *Dt. Ztschr f Akup.* 2014;57,4:12-15

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

2. Hippokrates-Wochenende Salzburg 2015

Thema: „Trauma, Inflammation und Regulation in Akupunktur und Neuraltherapie“

Freitag, 19. Juni 2015 (18 Uhr), bis Samstag, 20. Juni 2015 (17:30 Uhr)

Im November 2013 hatten drei renommierten Institutionen (s. u.) erstmals ein Hippokrates-Wochenende angeboten, das sich in lockerer Folge mit Grundlagen und Klinik von Naturheilkunde und Komplementärmedizin in Bezug auf chronische Entzündung beschäftigte. Ziel dieser Art von Expertensymposia ist, mögliche gemeinsame Grundlagen wie derzeitige Konfliktflächen von Schulmedizin und Komplementärmedizin so exakt wie möglich zu beschreiben und Fragestellungen für ihre weitere Erforschung zu entwerfen, gemäß dem Motto: „Es gibt nur ein Haus der Medizin.“ Ermutigt von Erfolg und Rückmeldungen bietet auch das 2. Hippokrates-Wochenende die Möglichkeit, neue wissenschaftliche Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu altem Erfahrungswissen der traditionellen Medizinsysteme in Ost und West in Beziehung zu setzen. Das Konzept dieser Begegnung von Klinikern und Forschern zielt Vorträge mit ausgiebiger Diskussion zwischen Forschern und engagierten Praktikern.

Das 2. Symposium 2015 widmet sich Effekten des Nadelstichs in Akupunktur und Neuraltherapie. Zunächst stehen Fragen der Primärwirkung eines Nadeltraumas im Fokus. Dann wird diskutiert, welche speziellen Effekte der Applikationsort gemäß allgemeiner Anatomie und speziell der topischen Auffassungen in Akupunktur und Neuraltherapie sowie ein medikamentöser Zusatz wie Procain auslösen können.

Referenten (u. a.): Prof. Dr. med. L. Fischer (Universität Bern, CH, angefragt); Prof. Dr. med. J. Giebel (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, D, angefragt); Prof. Dr. med. em. W. G. Land (Ludwig-Maximilians-Universität München, D); Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. em. K. Meßmer (Ludwig-Maximilians-Universität München, D); Dr. med. Dr. phil. T. Ots (Graz, A); Prof. Dr. med. H. G. Schaible (Friedrich-Schiller-Universität Jena, D) und weitere Referenten.

Wissenschaftlich verantwortlich:

Alma Mater Europaea der Europäischen Akademie der Wissenschaft und Künste, Salzburg
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e. V., Freudenstadt (ZAEN)
Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V., München (DAGfA)

Teilnahmegebühr: 160,- €, incl. Pausenverpflegung

Begrenzte Teilnehmerzahl – rechtzeitige Anmeldung erforderlich!

Rückfragen: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Felix Unger (Europäische Akademie),
Dr. med. Wolfram Stör (DAGfA), Dr. med. Rainer Stange (ZAEN)

Organisation: European Academy of Sciences and Arts, St.-Peter-Bezirk 10,
A-5020 Salzburg, Tel. +43 662 841345, Fax: +43 662 841343; office@euro-acad.eu