

# NADA – Einsatzmöglichkeiten und Studienlage bei Traumafolgestörungen

## 20 Jahre NADA-Akupunktur Austria

PD Dr. med. Richard Musil -   Ärztlicher Direktor und Chefarzt, Oberberg Fachklinik Bad Tölz  
Chefarzt Psychosomatik, Privatklinik Jägerwinkel (Oberberggruppe)  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
NADA-Trainer  
Arbeitsgruppenleiter „Akupunktur in der Psychiatrie“,  
Psychiatrische Klinik, LMU München  
Leiter Fachkommission „Akupunktur in der Psychiatrie“ der  
Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGfA e.V.)

# Auswirkungen von Traumatisierung



## „Traumatisierung ist keine Information“

Ein Trauma erfahren wir nicht einfach. Wir „erleben“ es, es durchdringt unseren Körper wie ein Blitzschlag. Es lähmt uns, es erschüttert uns bis ins Mark, es macht uns brüchig.

Es erinnert uns daran durch sich aufdrängende Bilder, durch Alpträume, durch nicht erklärbare Schmerzen und Gefühle.

Es steckt in unseren Körpern und dort muss es wieder heraus!

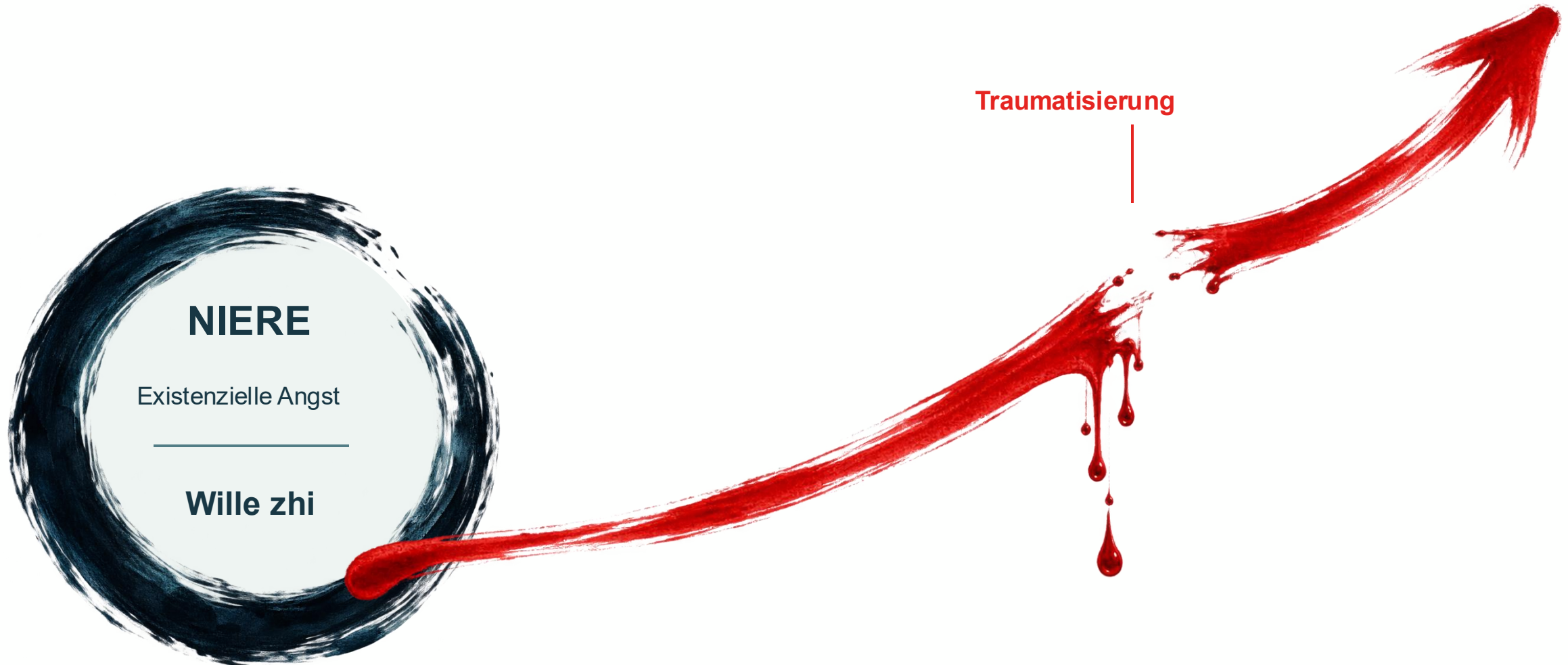
# PTBS-Kriterien nach ICD-10

(PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung)

- **A. Ereignis:** außergewöhnliche Bedrohung, tiefgreifende Verzweiflung
- **B. Wiedererleben:** lebendige Erinnerungen, Albträume,...
- **C. Vermeidung:** vermeiden von Orten, Dingen, Gefühlen, die an Erlebtes erinnern
- **D. Physiologie:** (Teil-)Amnesie oder psychisch starke Erregung (Hyperarousal)
- **E. Zeitkriterium:** innerhalb von 6 Monaten B,C,D

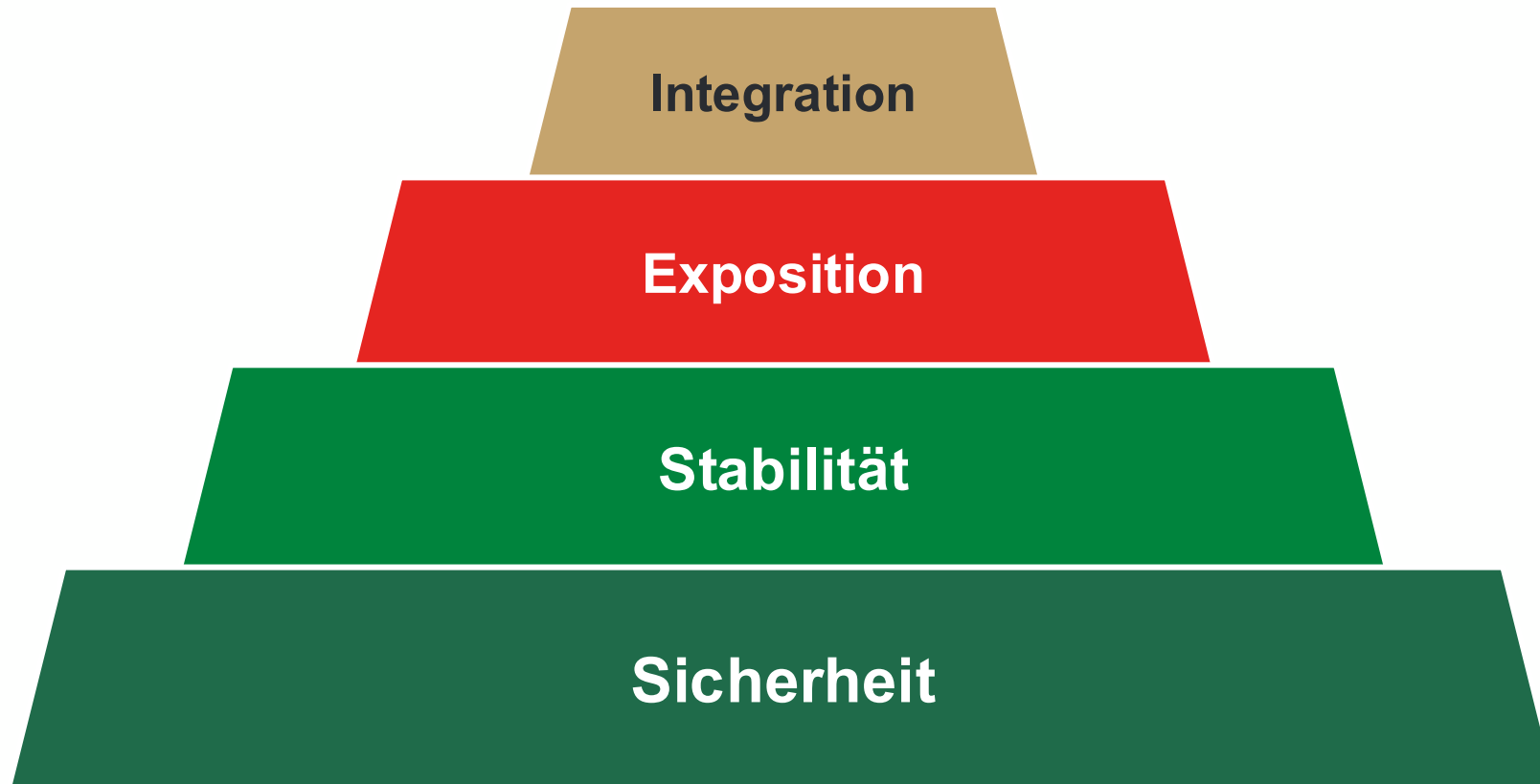
# Der rote Faden des Willens „zhi“

Funktionskreis Niere und traumatischer Bruch



# Vier Phasen der Traumatherapie

Phasenorientiertes Behandlungsmodell



# Empfehlungen der Leitlinie

| Nr. | Empfehlung                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Empfehlungsgrad |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 5   | <p>Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die <b>traumafokussierte Psychotherapie</b>, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.</p> <p>LoE: 1a<br/>Abstimmungsergebnis: 27/27 (100%)</p> | A               |

# Empfehlungen der Leitlinie

|                                                                                                                                           |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. | A |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

|                                                |   |
|------------------------------------------------|---|
| Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden. | A |
|------------------------------------------------|---|

# Wie können wir vorgehen?

Was machen wir, wenn PatientInnen noch nicht bereit sind für eine Traumakonfrontation?

Wie können Menschen den ersten, nächsten Schritt machen?

# Die klinische Frage

**Kann ein standardisiertes, nonverbales Gruppenverfahren Menschen mit Traumafolgestörungen so regulieren, dass weitere Behandlung leichter möglich wird?**

klinischer Nutzen

+

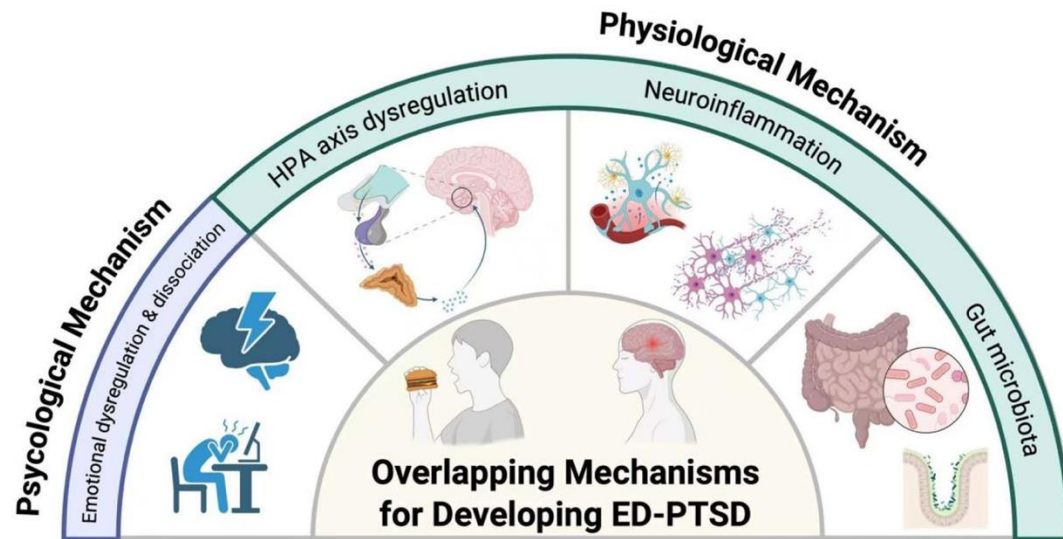
spezifische Wirkung

+

Evidenzqualität

Diese drei Ebenen müssen getrennt beurteilt werden.

# Biologische Folgen von Traumatisierung



## Chronischer Stress als Ausgangspunkt

- Dysregulation der Stresshormonachse
- verstärkte entzündliche Prozesse
- Veränderungen der Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse
- anhaltende Alarmbereitschaft neuronaler Netzwerke

Akupunktur kann sich in allen Bereichen positiv auswirken.

Abbildung aus dem bereitgestellten Studienfoliensatz

# Akupunktur bei Traumafolgestörungen

## Behandlungsansätze

### ■ Ansätze zur Frühintervention

- NADA (National Acupuncture Detoxification Association)
- Battlefield-Akupunktur

### ■ Symptombesogene Ansätze

- Z.B. Metaanalyse von Grant et al., 2017
- Studie von Hollifield 2024

### ■ Expositions-basierte Ansätze

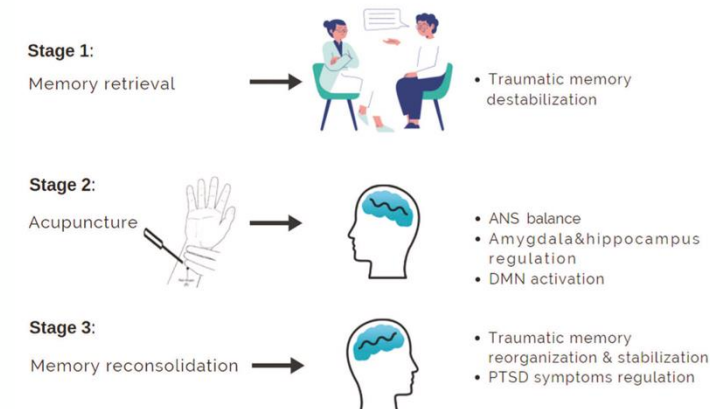
#### ■ Akupunktur-basierte Exposition (ABE)

- Memory-directed acupuncture; Assouline et al., TP, 2022



Yarberry, DZA, 2010

#### MEMORY-DIRECTED ACUPUNCTURE



# NADA in 60 Sekunden

## Standardisiert

Fünf Ohrpunkte werden üblicherweise beidseits genadelt. Das Vorgehen bleibt bei allen Teilnehmenden gleich.

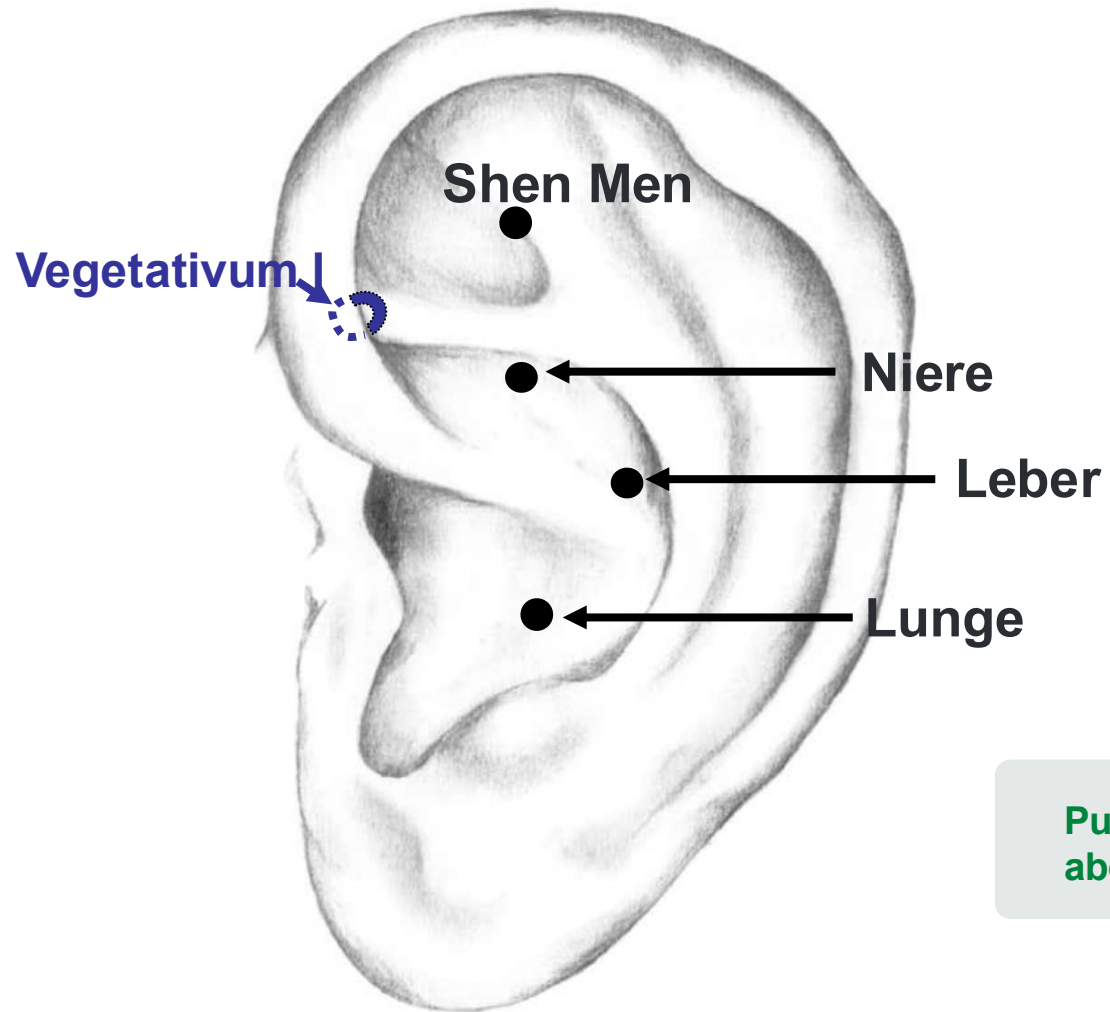
## Niedrigschwellig

Behandlung häufig in der Gruppe, im Sitzen und ohne Verpflichtung, persönliche Inhalte zu berichten.

## Additiv

NADA ergänzt ein Behandlungskonzept. Es ersetzt weder Diagnostik noch traumafokussierte Psychotherapie.

# Die fünf Punkte



1 Sympathikus

2 Shen Men

3 Niere

4 Leber

5 Lunge

Punktbezogene Wirkannahmen sind Teil des Modells,  
aber klinisch nicht separat belegt.

Punktnamen nach dem NADA-Protokoll

# Eine typische Sitzung



**Traumatasensibel heißt: Wahlmöglichkeit, Vorhersagbarkeit, kein Zwang zur Innenfokussierung.**

# Welche Symptome sind plausible Zielgrößen?

## Hyperarousal

innere Unruhe, Schreckhaftigkeit, vegetative Aktivierung

## Schlaf

Ein- und Durchschlafstörungen, fehlende Erholung

## Affektregulation

Anspannung, Reizbarkeit, begrenzte Selbstberuhigung

## Komorbidität

Schmerz, Suchtdruck, Angst und depressive Symptome

Weniger plausibel als unmittelbares Ziel: Veränderung traumatischer Erinnerungsstrukturen.

# NADA bei komplexer PTBS

## PTBS-Kernsymptome

- Wiedererleben
- Vermeidung
- anhaltendes Bedrohungsgefühl



## Störungen der Selbstorganisation

- Affektregulation
- negatives Selbstkonzept
- Beziehungsprobleme

**Mögliche Rolle: regulatorische Unterstützung innerhalb eines multimodalen Behandlungskonzepts**

# Wie könnte NADA wirken?

## Kontext

sicherer Raum, Ritual, Gruppe, Erwartung

## Regulation

Aufmerksamkeit, Ruhe, Co-Regulation

## Somatik

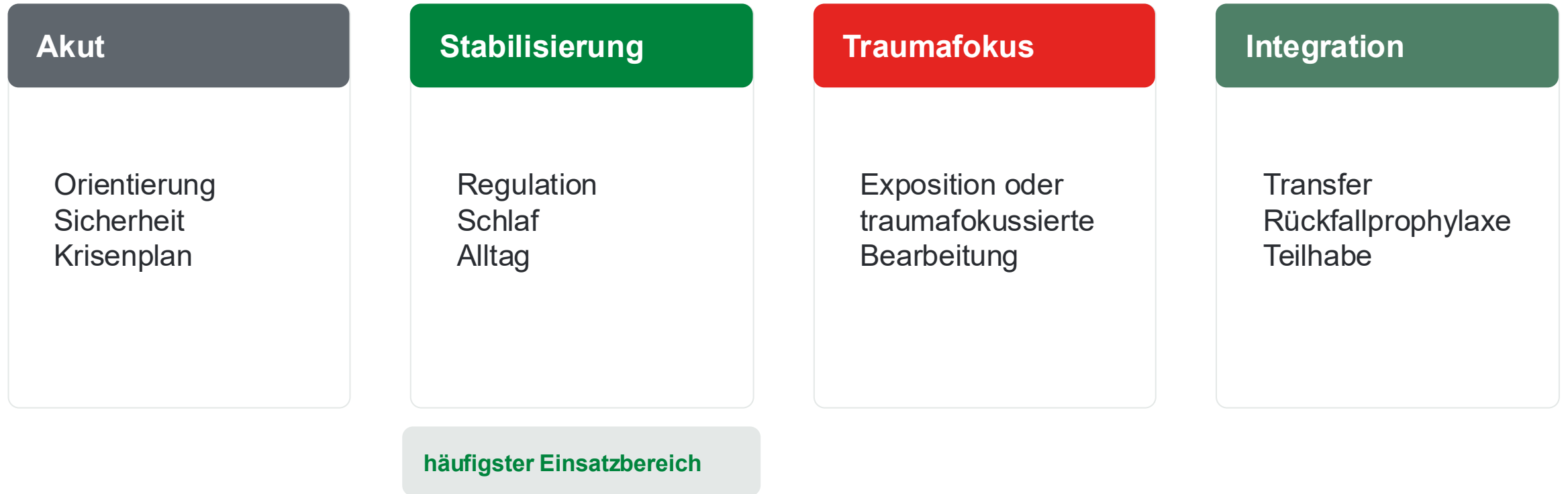
sensorischer Reiz und autonome Reaktion

## Outcome

subjektive Anspannung, Schlaf,  
Teilnahmefähigkeit

Die Studien trennen diese Ebenen bislang kaum.

# Position im Behandlungsverlauf



**NADA kann auch begleitend eingesetzt werden, sofern es den traumafokussierten Prozess unterstützt.**

# Klinische Einsatzmöglichkeiten

## **Vor Gruppen oder Einzeltherapie**

Anspannung senken und Teilnahme erleichtern

## **Bei komorbidem Substanzkonsum**

niedrigschwelliger Zugang und Suchtdruck als Outcome

## **Bei hoher Körperdistanz**

dosierter somatischer Zugang mit klarer Zustimmung

## **Am Abend**

Übergang in Ruhe und Schlaf unterstützen

## **Nach Krisen und Großschadenslagen**

skalierbares Angebot mit geringer Sprachlast

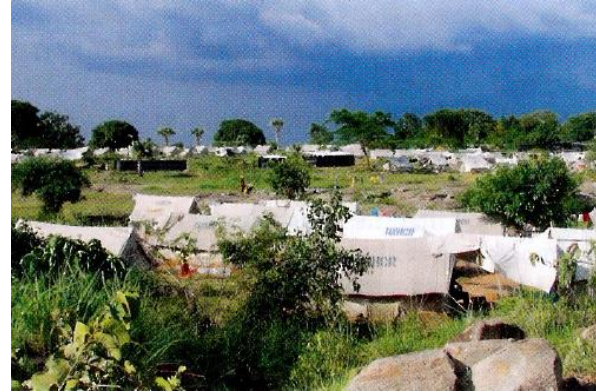
## **In stationären Programmen**

wiederkehrendes Ritual im Wochenplan

# NADA nach Großschadenslagen

## Kenya

- hunderttausende Menschen auf der Flucht
- Ausbildung lokaler Helferinnen und Helfer
- drei Ohrnadeln pro Seite
- nonverbales Angebot in belasteten Gemeinden



**Versorgungsbeispiele zeigen Machbarkeit. Kontrollierte Wirksamkeitsdaten bleiben begrenzt.**

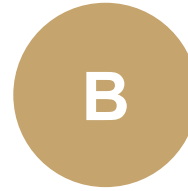
Beispiel: Unruhen in Kenia nach den Wahlen 2007

# Drei Evidenzkörbe



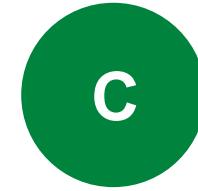
**NADA + diagnostizierte  
PTBS**

sehr wenig direkte Evidenz



**andere Ohrakupunktur +  
PTBS**

kleine Studien, Schlaf und  
Akzeptanz



**Körperakupunktur + PTBS**

mehr RCTs, aber anderes  
Verfahren

**Ein positives Signal in B oder C ist kein Wirksamkeitsnachweis für A.**

# Direkte NADA-Evidenz bei PTBS

## Publizierte Wirksamkeits-RCTs

0

mit eindeutigem NADA-Protokoll und PTBS als Zielerkrankung

laufende Studie

**NCT07021352**

NADA als Zusatz zu kurzer Mindfulness-Therapie bei Service Members und Veteranen mit PTBS

Zielgrößen: emotionaler Distress und PTBS, sekundär Schlaf, Alkoholgebrauch und Schmerz

**Die spezifische Evidenzfrage ist noch offen.**

Stand: September 2026

# Ohrakupunktur und Schlaf: King et al. 2015

**30**

Veteranen mit PTBS  
und Schlafstörung

**3 Wochen**

standardisiertes  
aurikuläres Regime

**randomisiert**

Machbarkeit und  
Akzeptanz im Fokus

## Signal

- höhere Akzeptanz als Kontrolle
- Vorteile bei PSQI-Schlafqualität und Tagesfunktion

## Grenzen

- kleine Machbarkeitsstudie
- keine konsistenten Effekte in objektiven und subjektiven Schlafmaßen
- kein NADA-Nachweis

# Was Patientinnen und Patienten berichten

Schlaf

Entspannung

Schmerz

Akzeptanz

**17 Veteranen**

**3 Wochen standardisierte  
Ohrakupunktur**

**schriftliche Kommentare**

**Hohe Akzeptanz ist klinisch relevant, ersetzt aber keine kontrollierte Wirksamkeitsprüfung.**

# Ohrakupunktur nach Großschadenslagen

## 10 Studien

3 RCTs · 3 Vorher-nachher-Studien · 1 Fallbericht · 1 qualitative Studie · 2 Versorgungsberichte

### Mögliches Signal

Verbesserung traumaassoziierter Symptome

### Schlaf

uneinheitliche Ergebnisse

### Vertrauen

niedrige methodische Qualität und starke Heterogenität

# Akupunktur bei PTBS insgesamt

## Postintervention

**SMD -0,80**

95 % KI -1,59 bis -0,01

**sehr niedrige Evidenzqualität**

## Warum die Sicherheit gering bleibt

- kleine und heterogene Studien
- unterschiedliche Akupunkturverfahren
- unterschiedliche Vergleichsgruppen
- Risiko für Bias und breite Konfidenzintervalle

**Signal ja. Übertragbarkeit auf NADA nein.**

Grant et al. 2018 · 7 RCTs, 709 Teilnehmende

# Hollifield et al. 2007: Studiendesign

## Körperakupunktur

zweimal pro Woche  
60 Minuten

## Kognitive Verhaltenstherapie

einmal pro Woche  
120 Minuten

## Warteliste

Kontrollbedingung

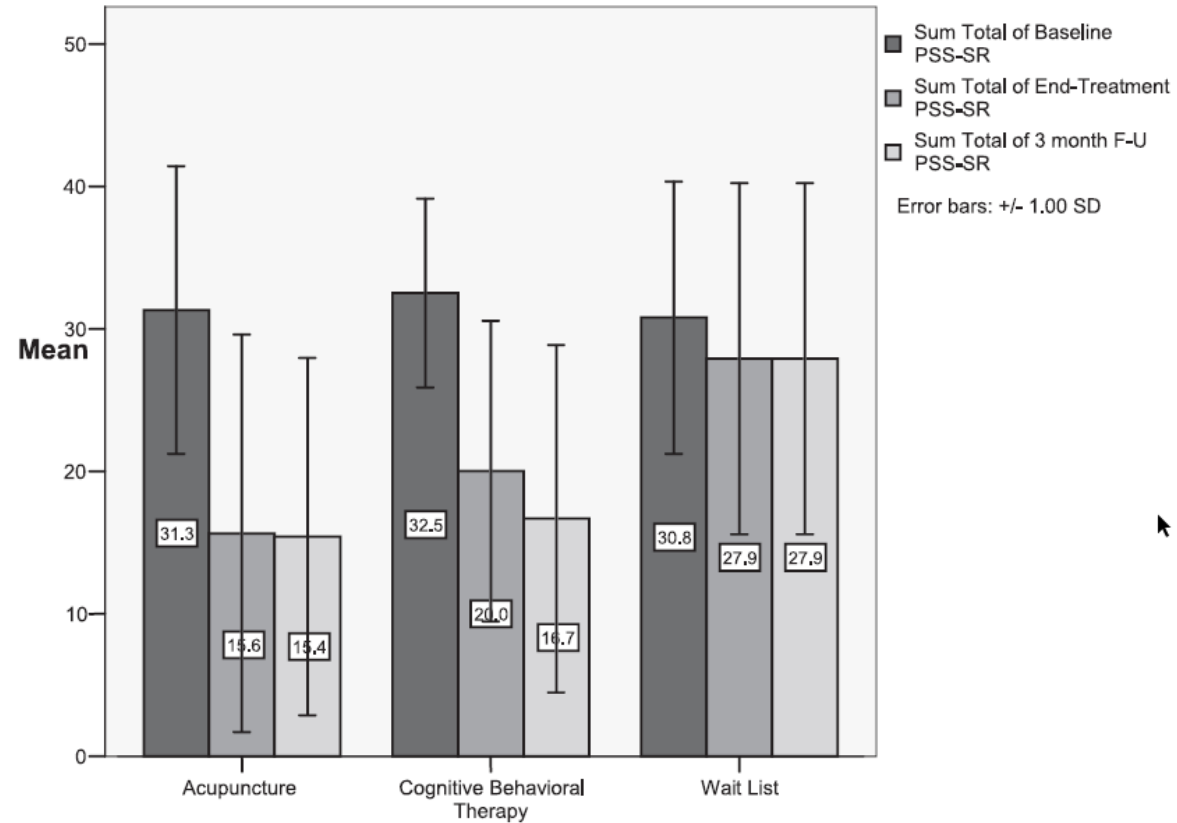
### Dauer

12 Wochen Behandlung, anschließend drei Monate Nachbeobachtung

### Akupunktur

standardisierte und flexibel ergänzte Punkte

# Hollifield et al. 2007: Ergebnisse



## Einordnung

- Akupunktur und KVT verbesserten die Symptomatik
- kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied zwischen beiden Verfahren
- Effekte hielten bei der Katamnese an
- Pilotstudie mit begrenzter Stichprobengröße

PTBS-Symptome nach Behandlung und Katamnese

# Symptombezogene Ansätze

RCT 2 – Hollifield 2024

JAMA Psychiatry | **Original Investigation**

## Acupuncture for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Clinical Trial

Michael Hollifield, MD; An-Fu Hsiao, MD, PhD; Tyler Smith, PhD; Teresa Calloway, MATCM, LAc;  
Tanja Jovanovic, PhD; Besa Smith, PhD; Kala Carrick, MS; Seth D. Norrholm, PhD; Andrea Munoz, PsyD;  
Ruth Alpert, BA; Brianna Caicedo, BA; Nikki Frousakis, PhD; Karen Cocozza, DACM, LAc

*JAMA Psychiatry*. 2024;81(6):545-554. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2023.5651](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5651)

Published online February 21, 2024.

Hollifield et al. 2024

# Aktueller RCT bei kampfbezogener PTBS

93

randomisiert

71

Protokoll  
abgeschlossen

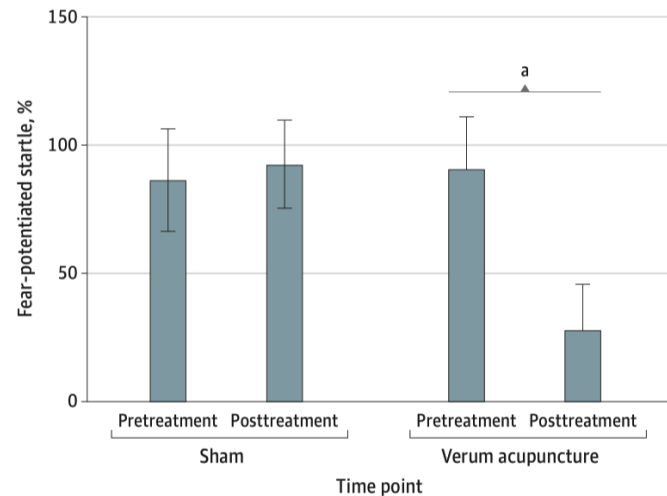
24

Sitzungen  
maximal

15

Wochen  
Zeitfenster

Figure 2. Fear-Potentiated Startle During Extinction Pretreatment and Posttreatment



<sup>a</sup> Pretreatment to posttreatment within-subject effect in verum acupuncture group:  $F_{53} = 7.47$ ; partial  $\eta^2, 0.13$ ;  $P = .009$ . Between-group effect posttreatment:  $F_{53} = 7.42$ ;  $\eta^2, 0.13$ ;  $P = .009$ .

Zwischen-Gruppen-Effekt (CAPS-5)

7,1 Punkte

Cohen d = 0,63  
p = 0,005

Auch die Sham-Gruppe zeigte eine relevante Prä-post-Abnahme.

✉ J. Schottdorf<sup>1</sup>, R. Musil<sup>2</sup>

## Psychische Traumatherapie mit akupunkturgestützter Exposition in drei Schritten

Ein neuartiges Behandlungsprotokoll und zwei Fallbeschreibungen

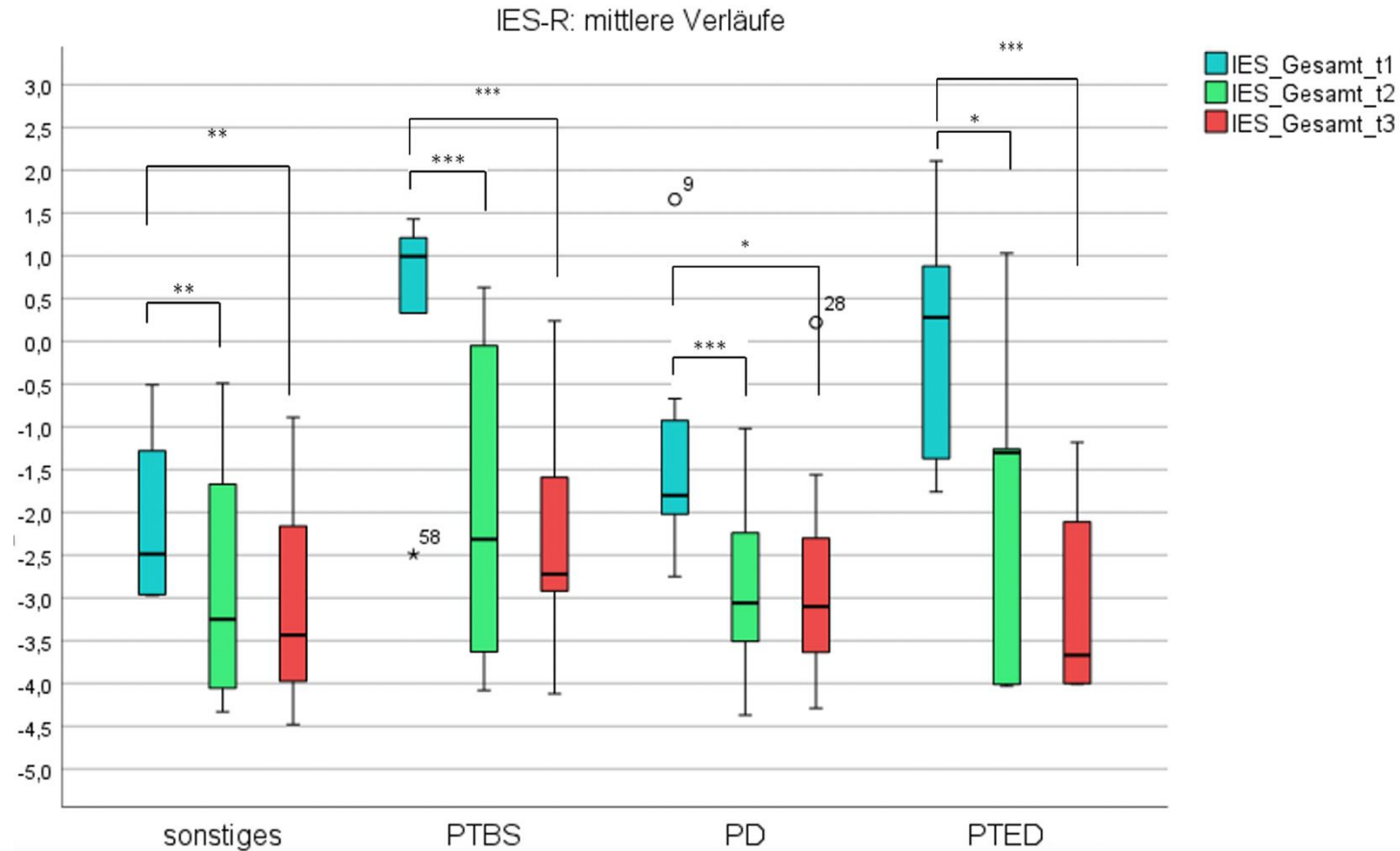
## Psychological trauma therapy with 3-steps acupuncture-based exposition

A novel treatment protocol plus two case reports

**ABE und NADA verfolgen unterschiedliche therapeutische Ziele und dürfen nicht gleichgesetzt werden.**

ABE als eigener expositionsbasierter Ansatz

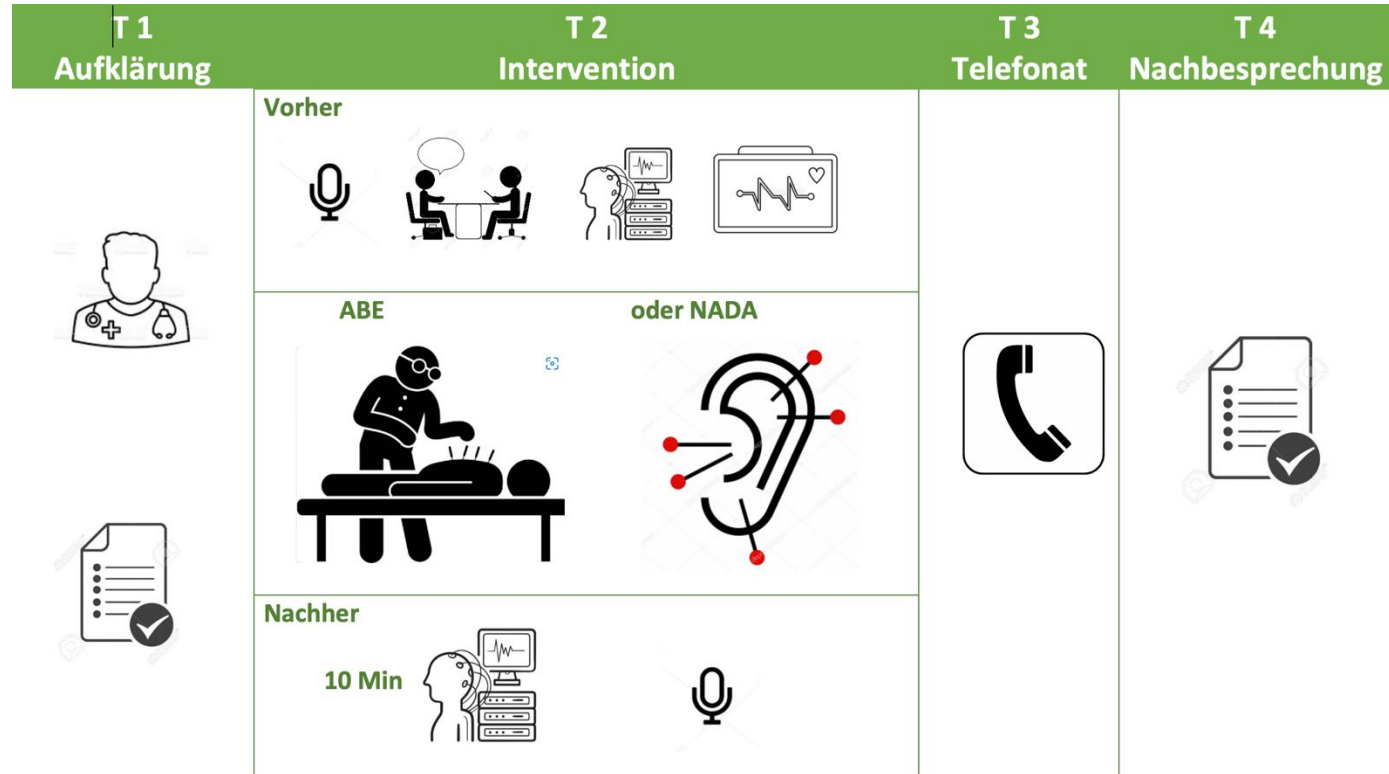
# ABE: Veränderung traumaassoziierter Symptome



Explorative Daten zeigen Veränderungen der IES-R-Werte über die Messzeitpunkte.

IES-R-Verläufe bei unterschiedlichen Belastungsthemen

# SNAP-Studie: Design



Rekrutierung, Screening, Baseline, Intervention und Nachuntersuchung

Pilotstudie zu NADA versus ABE bei PTBS

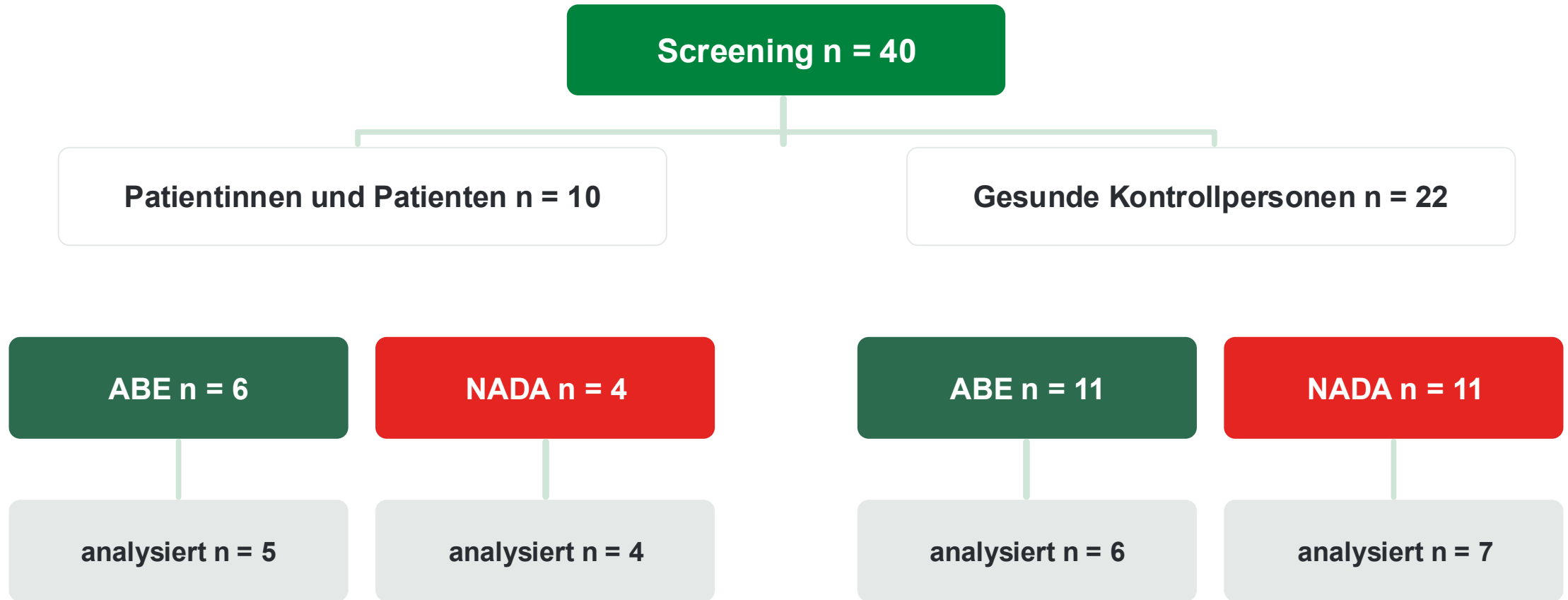
# SNAP-Studie

Studie zu **NADA** vs. **ABE** bei **PTBS**



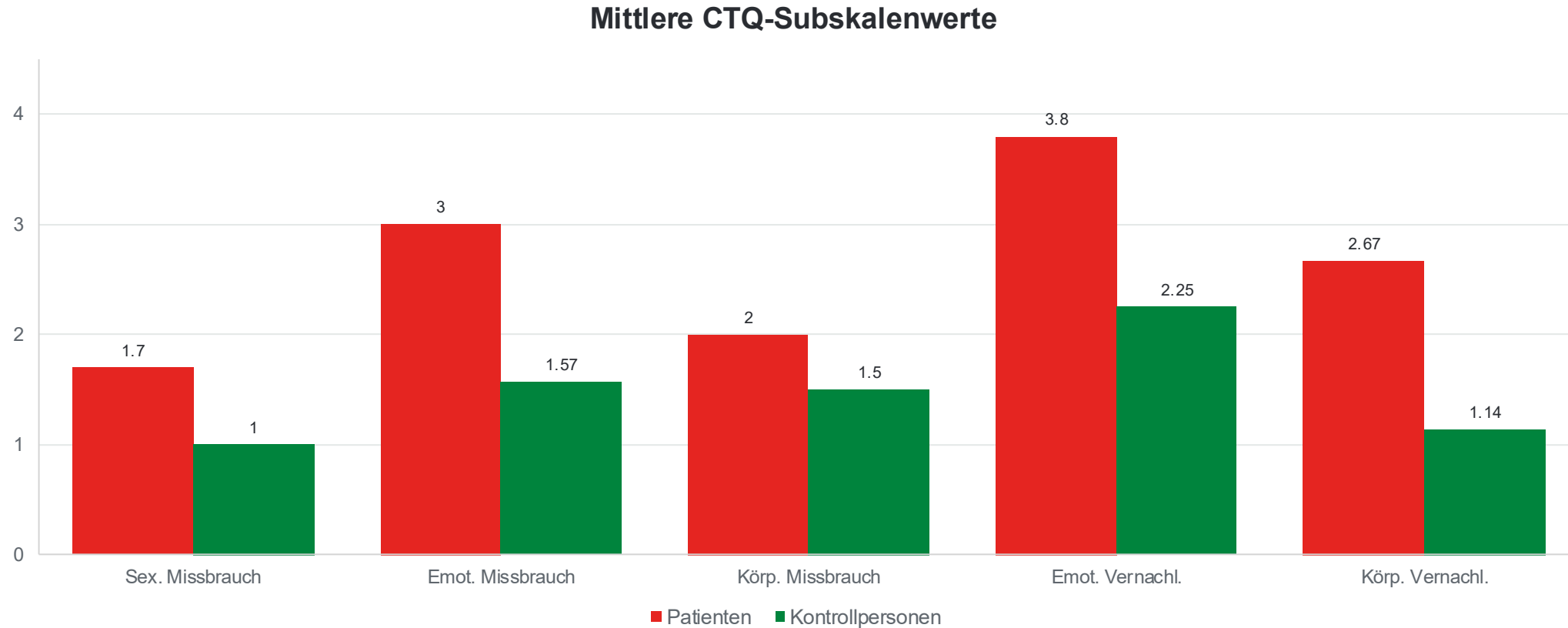
*Anmerkung: Eigenes Foto aus dem Studiensetting. Mit freundlicher Genehmigung der Probandin.*

# SNAP-Studie: Stichprobenfluss



**Die kleinen analysierten Gruppen erlauben nur explorative Aussagen.**

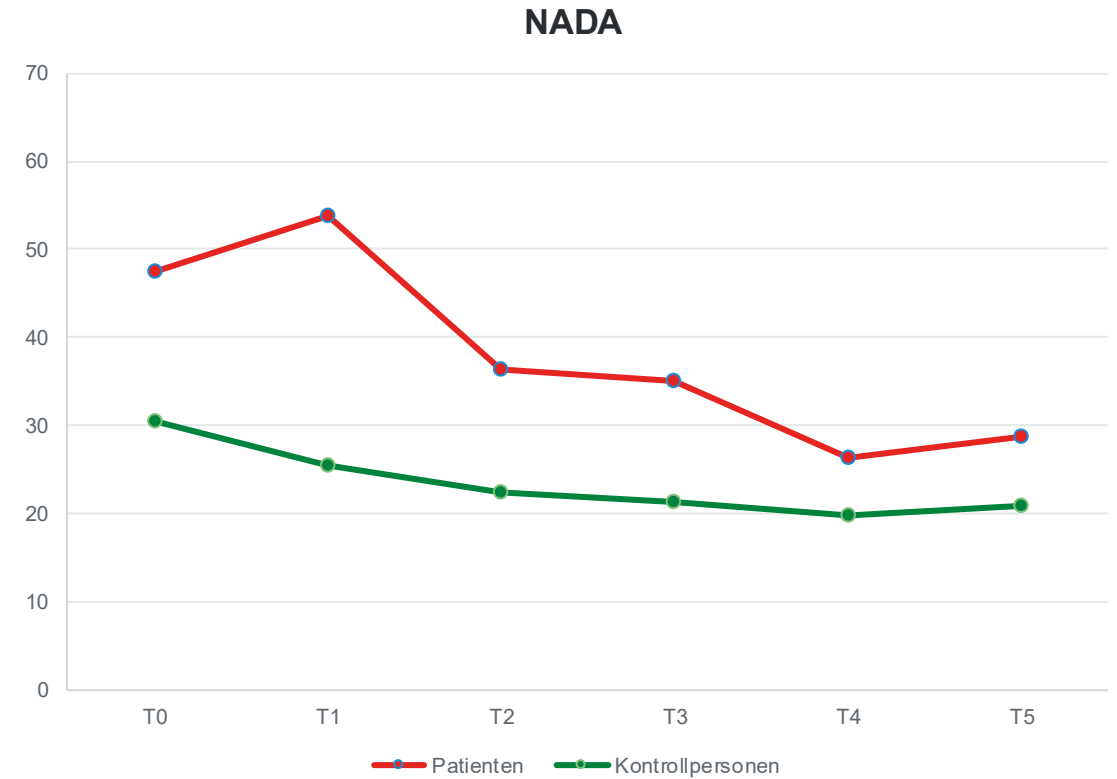
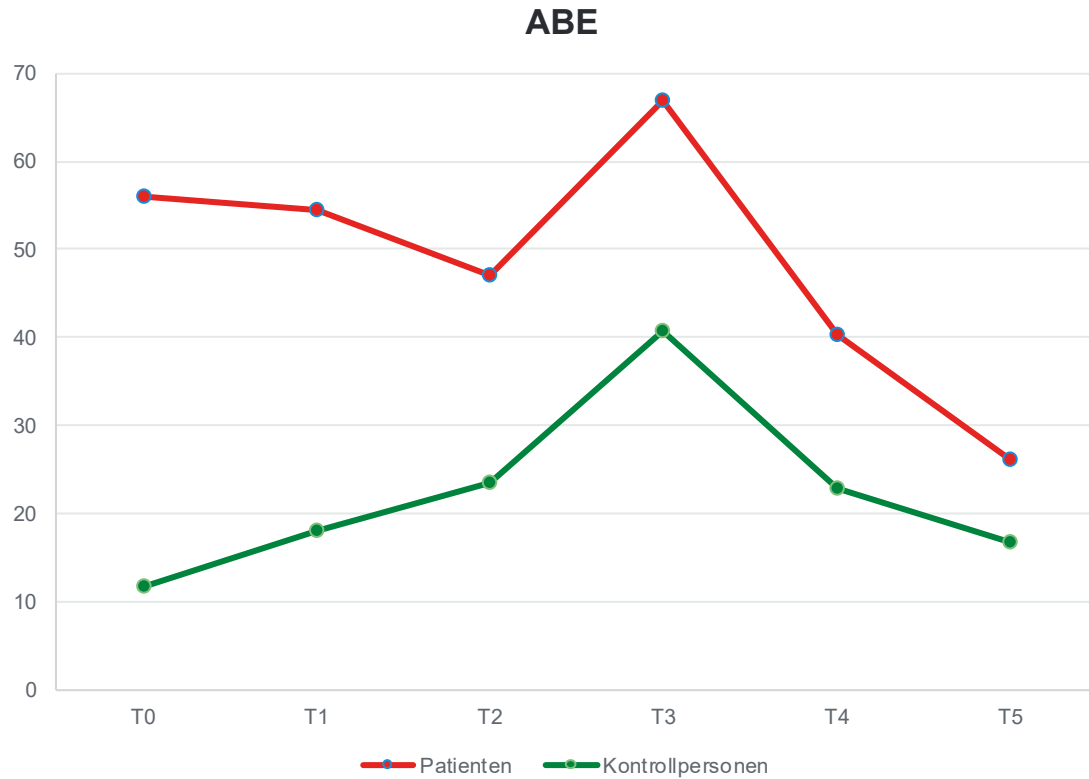
# SNAP-Studie: Kindheitsbelastungen



**Die Patientengruppe berichtete höhere Belastungen in allen dargestellten Subskalen.**

CTQ-Subskalen bei Patientengruppe und Kontrollpersonen

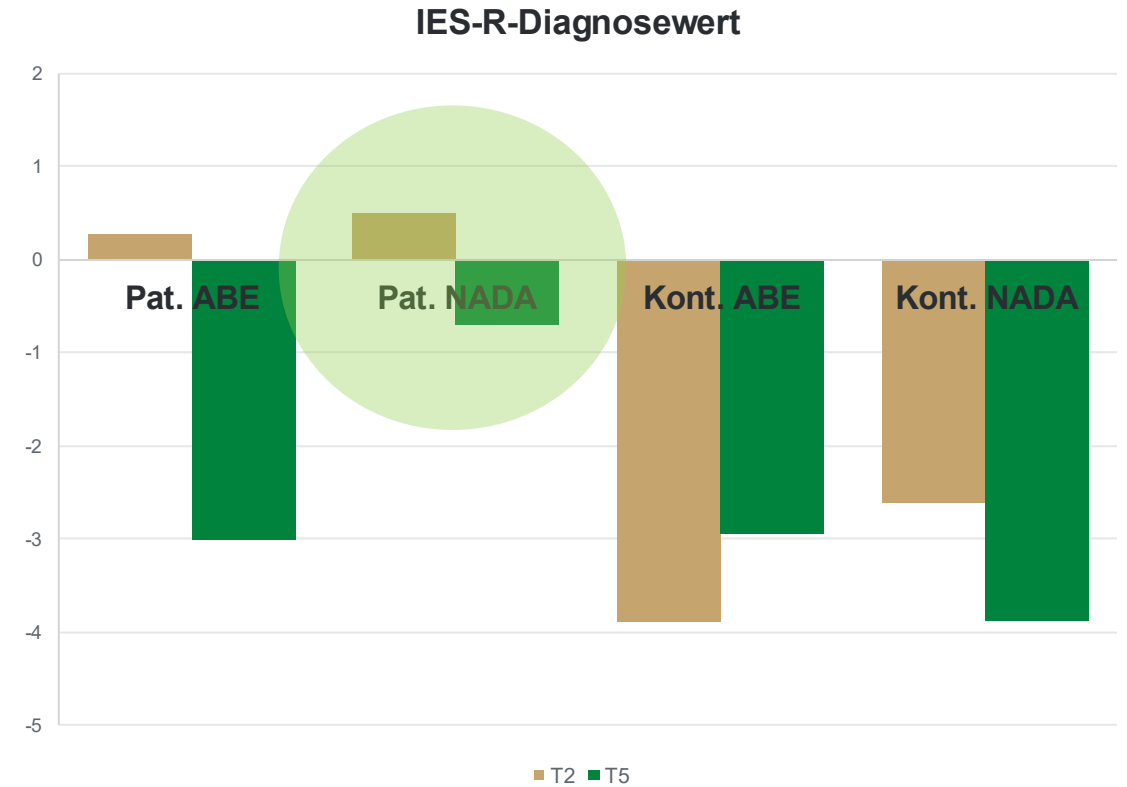
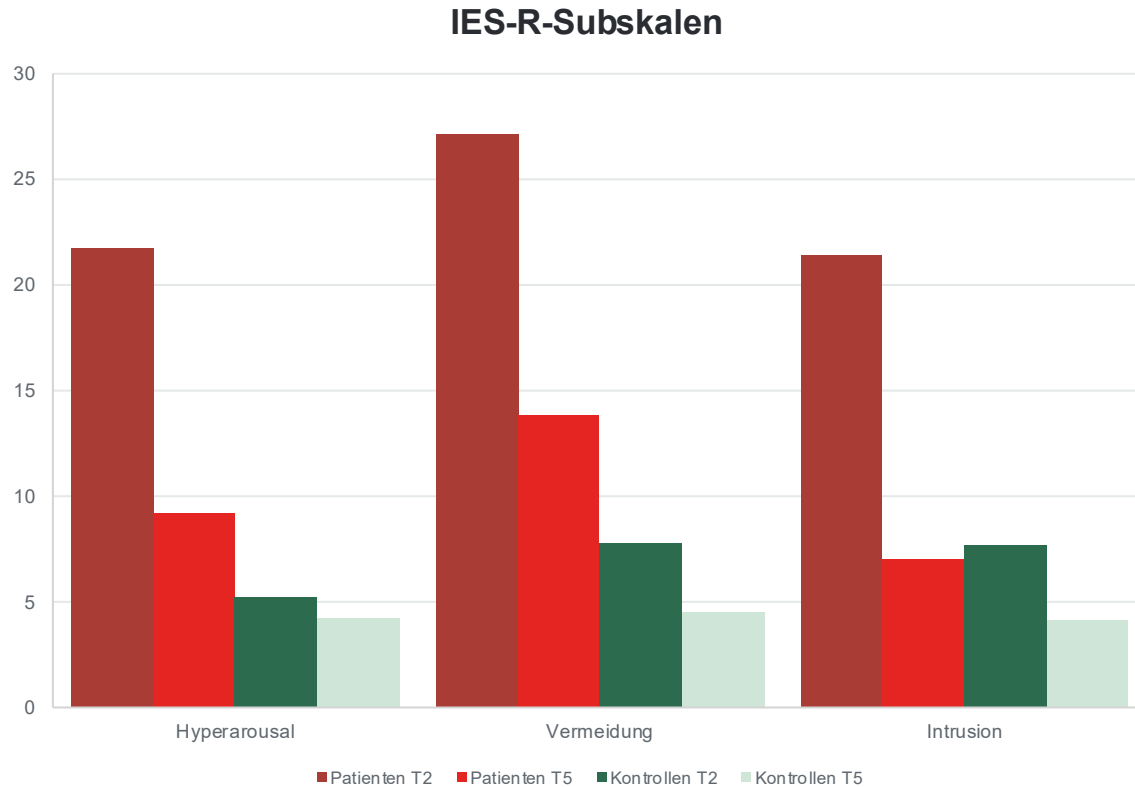
# SNAP-Studie: SUDS während der Intervention



**Deskriptive Verläufe bei sehr kleinen Gruppen**

Subjektive Belastung von T0 bis T5

# SNAP-Studie: Traumaassoziierte Symptome



**Die deskriptiven Veränderungen unterstützen weitere kontrollierte Untersuchungen.**

IES-R-Subskalen und diagnostischer Gesamtwert von T2 zu T5

# Evidenzbilanz

## Fragestellung

## Stand

## Sicherheit

**Akzeptanz und Machbarkeit**

konsistentes positives Signal

niedrig bis moderat

**Schlaf und Anspannung**

möglicher Nutzen, Ergebnisse uneinheitlich

niedrig

**PTBS-Gesamtsymptomatik**

Signal für Akupunktur allgemein

niedrig bis sehr niedrig

**NADA-spezifische  
Wirksamkeit**

derzeit nicht belegt

sehr niedrig

**kPTBS**

keine spezifischen Wirksamkeitsdaten

sehr niedrig

# Was die Studien nicht zeigen

## „Ohrakupunktur = NADA“

Protokolle, Punkte, Dauer und Setting unterscheiden sich.

## „Signifikant = klinisch relevant“

Effektgröße, Vergleich und Messinstrument entscheiden.

## „Entspannung = Behandlung der PTBS“

Symptomregulation und Störungsbehandlung sind verschiedene Ziele.

## „Keine schweren Ereignisse = sicher bewiesen“

Kleine Studien entdecken seltene Risiken nicht zuverlässig.

# Sicherheit und Akzeptanz

## Typische unerwünschte Ereignisse

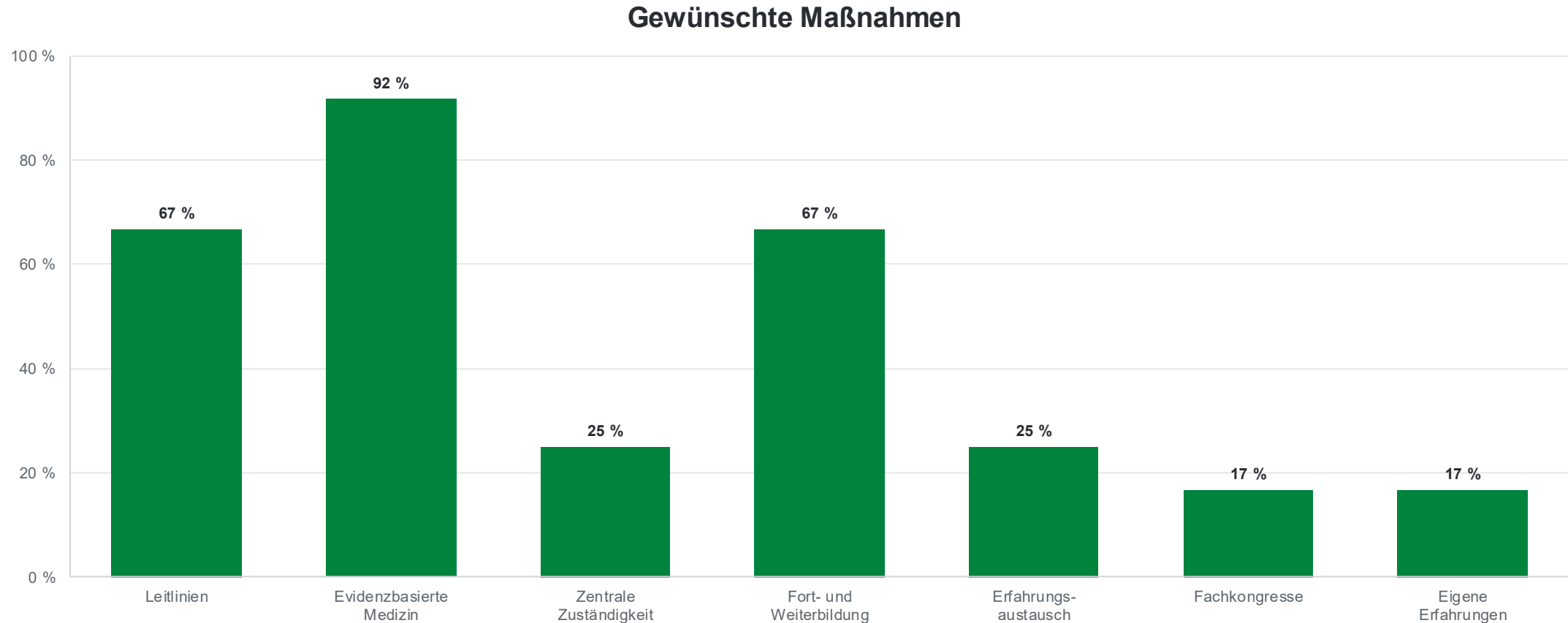
- lokaler Schmerz oder Druck
- kleine Blutung oder Hämatom
- Schwindel oder vasovagale Reaktion
- selten lokale Infektion bei Hygienefehlern

## Sicherheitsrahmen

- Einwilligung und Wahlmöglichkeit
- steriles Einmalmaterial und Hygienestandard
- Beobachtung bei Dissoziation und Synkopenneigung
- Dokumentation von Nebenwirkungen und Abbrüchen

In den Reviews wurden keine schweren behandlungsbezogenen Ereignisse berichtet. Die Datenbasis bleibt klein.

# Was die Implementierung von Akupunktur fördert



**Am häufigsten gewünscht: eine stärkere evidenzbasierte Fundierung.**

Deutschlandweite Umfrage in psychiatrischen Kliniken

# Implementierung in der Klinik



**Qualität vor Routine**

# Take-home

---

1

**NADA ist klinisch vor allem als niedrigschwellige Regulationshilfe plausibel.**

2

Die spezifische Evidenz bei PTBS ist derzeit sehr begrenzt. Andere Akupunkturverfahren dürfen nicht gleichgesetzt werden.

3

Der sinnvollste Einsatz ist additiv, zielbezogen, traumasensibel und mit einfachem Outcome-Monitoring.

**Klinische Erfahrung ist größer als die NADA-spezifische Evidenz.**

# Literatur

- Grant S et al. Acupuncture for adults with PTSD. J Trauma Dissociation. 2018. doi:10.1080/15299732.2017.1289493
- Kwak HY et al. Acupuncture therapy for military veterans with PTSD. Healthcare. 2023. doi:10.3390/healthcare11222957
- Hollifield M et al. Acupuncture for combat-related PTSD. JAMA Psychiatry. 2024. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5651
- Kwon CY et al. Ear acupuncture after large-scale disasters. Medicine. 2020. doi:10.1097/MD.00000000000019342
- King HC et al. Auricular acupuncture for sleep disturbance in veterans with PTSD. Mil Med. 2015. doi:10.7205/MILMED-D-14-00451
- NCT07021352. Auricular Acupuncture on Emotional Distress in Service Members and Veterans With PTSD. ClinicalTrials.gov.
- King CH et al. Self-reported benefits of auricular acupuncture. J Holist Nurs. 2016. doi:10.1177/0898010115610050
- VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of PTSD and Acute Stress Disorder. 2023.

**Vielen herzlichen Dank für Euer Ohr**

