

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur

DZA

German Journal of Acupuncture & Related Techniques

Stress

Der gestresste oder sich
stressende Mensch?

Shōnishin – Nichtinvasive Akupunktur
im Lichte der Segment-Akupunktur

Der Parasympathikus in der Akupunktur



Das Titelblatt und weitere Porträts dieses Praxis Schwerpunktes "Stress" der DZA wurden von der Grazer Malerin und Yoga-Lehrerin Marion Rauter gestaltet. Sie interessiert sich für Persönlichkeiten, die Widerstände oder schwierige Lebensbedingungen gemeistert haben und deren Leben für andere Menschen bedeutsam waren.

Auf der Titelseite sehen wir Frida Kahlo. Zu ihr sagt Marion Rauter: "Frida war eine herausfordernde, eitle und leidenschaftliche Frau mit einer unermesslichen Fähigkeit zu lieben. Sie ist für mich eine Frau, die vielleicht auch gerade durch ihre zwei 'Unfälle' (Busunglück und Diego Rivera waren die beiden Unfälle meines Lebens – Zitat Frida) diese unermessliche Weisheit und auch Lebenswillen und Lebensfreude bezogen hat."



Marion Rauter mit der von ihr porträtierten britischen Verhaltensforscherin Jane Goodall, bekanntgeworden durch ihr Leben unter Schimpansen und ihren Einsatz für ihre Habitate.

Mehr Informationen unter <https://www.marion-rauter.com/marion-rauter/>

Auszugsweiser Nachdruck des Praxis-Schwerpunkts "Stress" der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur (Ausgabe DZA 1/2019).

Mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur (DÄGfA).

Inhalte des Sonderdrucks

Einführung zum Schwerpunkt

Der gestresste oder sich stressende Mensch?

T.Ots

Schwerpunkt

Posttraumatische Belastungsstörung,

B.B.Barton, R.Musil

**Therapiemöglichkeiten in der Schmerz- und Psychotherapie. Vorstellung eines integrativen
Therapiekonzepts für Menschen mit chronischen Schmerzen**

A.Röbe

**Integration des NADA-Protokolls in die stationäre Behandlung der posttraumatischen
Belastungsstörung**

M.Hase

Akupunktur bei Trauma- und Borderlinepatienten. Aspekte der Beziehungsgestaltung

A.Röbe

NADA – der Wert des Nonverbalen

R.Raben

NADA – Akupunktur in der Arbeit mit Flüchtlingen

E.Friedrichs

**NADA im Psychosozialen Dienst Leibnitz. Behandlung von Stress, Trauma und
posttraumatischer Belastungsstörung**

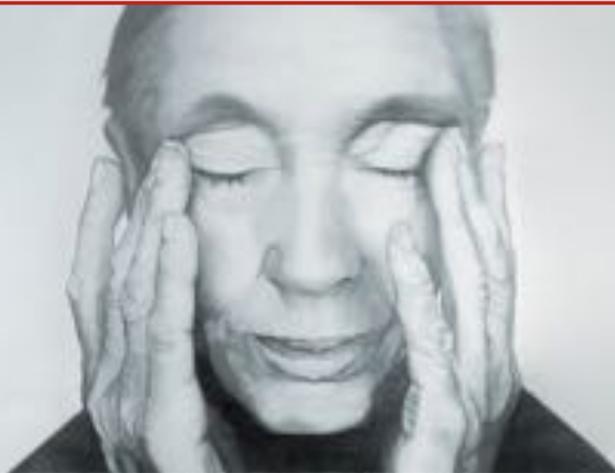
S.Schöneegger

Kraft durch Ernährung bei Stress

A.Knauer

Spannungen machen Spannungen machen Spannungen

G.Malek, E.Deim



© Marion Rauter

Thomas Ots
Graz, Österreich

Der gestresste oder sich stressende Mensch?

Ich eile durch die Innenstadt. Eine Patientin sieht mich: „Grüß Gott, Herr Doktor. Im Stress?“, und schaut etwas mitleidsvoll. „Wieso im Stress? Ich gehe nur schnell. Habe viel zu erledigen.“ Jetzt schaut sie so, als ob sie mir nicht ganz glaubt. Aber sie sagt es nicht.

Seit Jahren stehe ich im Kampf mit einem falschen Verständnis von Stress, wie er sich landauf, landab eingemistet hat: „Jaja, der Stress macht mich krank.“ In diesem Verständnis ist der Stress etwas von außen auf das Individuum Einwirkendes. Nein, der Stress ist nur bedingt etwas Äußeres. Stress – so wie es auch Hans Selye definierte – entsteht in uns als die Summe von Adaptationsvorgängen und Reaktionen körperlicher wie psychischer Art, also als Antwort auf bestimmte (soziale) äußere Bedingungen oder Einwirkungen – oder eben nicht [1]. Es hängt also von unserer Reaktion auf diese ab. Habe ich ausreichend Fähigkeiten erworben, mit äußeren Stressoren umzugehen? Oder fehlen mir diese? Wenn in meiner Ordination ein Patient vom Stress spricht, der ihn krank macht, dann antworte ich mit einem Stan-

dardszenario: „Stellen Sie sich vor, in diesem Raum sitzen drei Patienten. Auf einmal geht die Tür auf und der Kopf von Tyrannosaurus Rex schaut herein: Ein Patient fürchtet sich und macht sich fast in die Hose, ein anderer bekommt ob dieser Überraschung einen Lachanfall, der letzte ärgert sich über diesen vermeintlichen, blöden Ulk von mir. Sehen Sie, Tyrannosaurus ist nicht der Stress, es hängt davon ab, wie sie reagieren. Also müssen wir schauen, a) was Sie für Stress in Ihrem Leben halten und b) wie Sie damit besser umgehen können“ (Betonung auf „müssen wir schauen“).

Ein großer Teil meiner Arbeit als psychosomatisch orientierter Arzt besteht darin,

- a. dass die Patienten gemeinsam mit mir die Bedingungen und Lebensumstände, beruflichen Situationen etc. herausfinden, die sie „stressen“. Das ist die Vorbedingung. Dann geht es daran,
- b. die eigentliche Entstehung des Stresses im Ich zu vermitteln und auf diese Einsicht aufbauend
- c. bessere Bewältigungsmechanismen erkennbar, lernbar und einüben zu lassen (siehe hierzu auch [2]).

Klingt nach Psychotherapie? Ist es nicht ganz, eher nur begleitend. Aber ein gesundes Maß an Empathie unsererseits und Adhärenz (gemeinsam) sind gefordert! (Abb. 1).

Akupunktur ist Leibtherapie

Akupunktur hat zwei Wirkungen – sie ist Körpertherapie und Körperpsychotherapie. Einmal die *faktische*, biologisch-neurophysiologische Wirkung. Die ist teils segmental, teils über neuronale, muskuläre, humorale etc. Verknüpfungen organisiert. Will ich das Herz beeinflussen, steche ich dorsal Bl 15. Das entspricht dem Segment Th 5, dazu ventral KG 14 oder einen Locus etwas höher und links davon sowie einen Punkt auf dem Herzmeridian (vorzugsweise He 7), vielleicht noch Pe 6 und am Ohr Punkt 100 in der Mitte der Concha inferior. Diese Kombination garantiert die faktische Reizung des Herzens. Der Rest ist dann die körpereigene Autoregulation.

Die zweite Wirkung könnte man die *universelle* Wirkung der Akupunktur nennen. Und die hat sehr viel mit dem Faktor Zeit zu tun, die verloren geht, wenn man wie einst Felix Mann die Nadel sticht und nur kurz verweilen lässt [3]. Der Faktor Zeit beginnt schon beim Erstgespräch. Jeder Mensch ist anders, besitzt eine eigene Mischung aus Genen, Kultur, Erziehung, sozialem Stand, Vorerfahrungen, Emotionalität, Coping Strategien und Ressourcen ... (Abb. 1c, d) Cave: Nicht jeder äußere Stressor ist gleich: Erfahrungen von Hunger, Kampf, Verletzung, Vergewaltigung und Flucht bilden einen qualitativ anderen Stressor als der durch von sei-

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 21–23

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0146-z>

Online publiziert: 12. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

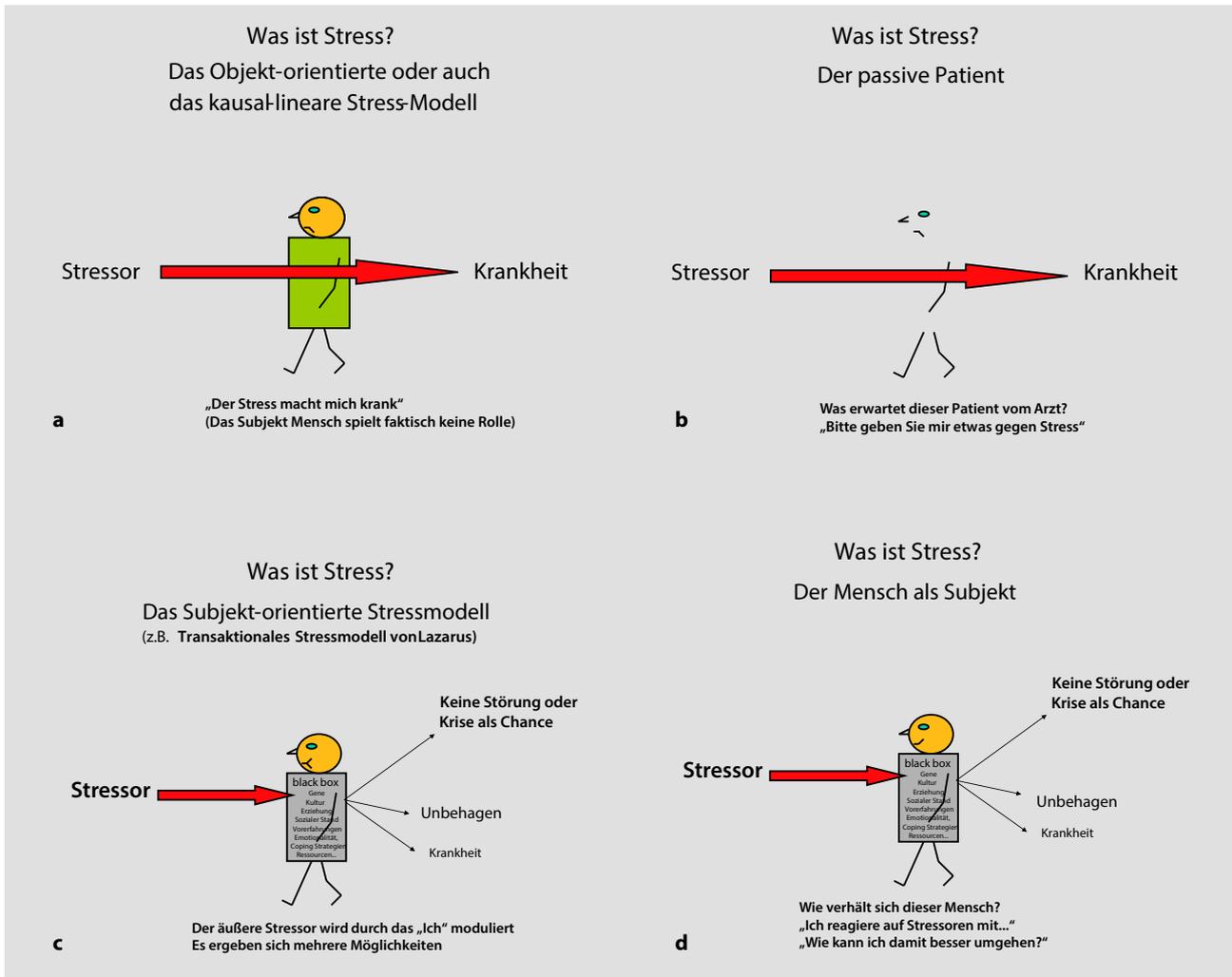


Abb. 1 Was ist Stress? a Das objektorientierte Stressmodell mit dem passiven Patienten (b). c Das subjektorientierte Stressmodell mit dem Menschen als agierendes Wesen (d)

dem Smartphone mit den asozialen Netzwerken und durch Energydrinks gehetzte neuzivilisatorisch geschädigte Mensch (um nur zwei Beispiele zu nennen). In manchen Fällen sind kaum noch individuelle Möglichkeiten von Stressverarbeitung gegeben. Davon mehr in anderen Artikeln dieses Praxisschwerpunkts.

Dann im Liegen oder ruhigen Sitzen während der Akupunkturtherapie beginnt der Patient sich wahrzunehmen. Zunächst rein körperlich als Objekt, als einen Körper habend. Vielleicht spürt er die aufliegenden Fersen, die Waden, den Hintern, die Schultern, den Hinterkopf. Dann hört und/oder spürt er seinen Bauch – die Darmgeräusche und Darmbewegungen. Und plötzlich bemerkt er, dass er atmet. „Wie atme ich? Mein Gott, wie verkrampt oben im Brustkorb!“ Oder: „Was lastet auf mei-

ner Brust?“ Auf diese Wahrnehmung folgt oft ein tiefer Atemzug mit einer stoßweisen schnellen Ausatmung. Und gleich noch einmal. Und es ist möglich, dass mit der Ausatmung etwas als belastend Empfundenes ausgestoßen wird. Das tut gut. Und aus diesem Konglomerat von Empfindungen, Gedanken, aufkeimenden Erinnerungen entsteht leibliche Wahrnehmung. Leib verstanden als der beseelte (besser: bedeutsame) Körper. Das Liegen unter Nadeln in Ruhe und Zeit macht es möglich, dass unser Lehrmeister – die Atmung – in uns wirken kann. Es kommt zur – wie es der bekannte Körperpsychotherapeut und Mitglied der DZA-Redaktion, Helmut Milz, genial nannte: *Wiederbelebung* [4]. Sich als Leib und nicht distanziert als Körper zu fühlen, ist somit ein Baustein der Wiedergewinnung des Ich als mir selbst

wichtige Person. Und das benötigt Zeit und Ruhe als Grundlage innerer Achtsamkeit.

Krise und Chance – Flasche halb leer oder halb voll?

Ein Missverständnis geistert durch die Welt: Im Chinesischen gäbe es ein Wort, das sowohl Krise wie auch Chance bedeutet. Die des Chinesischen nicht mächtigen Menschen, und das sind im Westen die meisten, wissen nicht, dass der gemeinte chinesische Begriff „weiji“ aus zwei Wörtern (zwei Schriftzeichen) besteht:

- 危 „wei“ bedeutet Krise, Gefahr,
- 机 „ji“ bedeutet sowohl Maschine, Mechanismus wie auch Dreh- oder Wendepunkt und letztlich Chance, Möglichkeit (viele chinesische Begriffe haben eine für uns nicht nachvollziehbare Vielbedeutung).

Der zusammengesetzte Begriff 危机 „weiji“ wird in China aber nur als Krise verstanden, da in diesem Kontext des zusammengesetzten Begriffes als Krisenmechanismus gemeint.

Viele chinesische Begrifflichkeiten setzen sich aus zwei Zeichen zusammen. Im Idealfall meinen beide dasselbe oder Ähnliches. So wird die Bedeutung klarer:

- 会 „hui“ bedeutet: treffen, können, Chance,
- 机会 „jihui“ bedeutet somit: Chance.

Krise und Chance zusammen in einer Begrifflichkeit müsste also „weijihui“ 危机 会 heißen, dieser Begriff existiert aber im Chinesischen nicht.

Wenn man aber im psychosozialen Bereich arbeitet und Menschen eben diesen trostreichen/hoffnungsvollen Gedanken vermitteln möchte, könnte man eventuell etwas ungenau sein (der Zweck heiligt die Mittel) und sagen:

„Im Chinesischen gibt es einen Begriff („weiji“), dessen einer Teil auch auf Chance hinweist, die sich hieraus ergibt.“

Und die Chance kann auch darin gesehen werden, dass die Flasche eben nicht halb leer, sondern halb voll ist. Es geht also darum, worauf wir unseren Fokus lenken, wie wir unsere Patienten unterstützen. Vom ehemaligen Vorsitzenden der DÄGfA, Wolfram Stör, stammt ein Ansatz, der die Patienten zunächst verwundert, dann – eventuell gar lachend – an die eigenen Kräfte glauben lässt: „Wie schaffst Du es, bei den guten Kräften, die Du hast, krank zu bleiben?“ [5].

Resilienz, Empowerment und Sinn

Resilienz (von lateinisch „resilire“: „zurückspringen“ „abprallen“) oder psychische Widerstandsfähigkeit ist die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. Mit Resilienz verwandt sind Entstehung von Gesundheit (Salutogenese), Widerstandsfähigkeit (Hardiness), Bewältigungsstrategie (Coping) und Selbsterhaltung (Autopoiesis). Das Gegenteil von Resilienz ist Verwundbarkeit (Vulnerabilität) ... [6].

Diese so kurze wie klare Wikipedia-Definition soll genügen. Resilient wird derjenige, der in der Flasche das sieht, was noch drin ist. Und das geht nur mit einem

Willen, mit einem Ziel, aus der Misere herauszukommen.

Hier greift auch der Begriff „Empowerment“, der originär der US-amerikanischen Gemeindepsychologie entstammt.

Mit **Empowerment** (von englisch „empowerment“: „Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung“) bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen sollen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihr Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit („powerlessness“) zu überwinden und ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen ... [7].

Und was, wenn alles gegen mich spricht und sich keine helfenden Ressourcen auf-tun?

Dann hilft es, an sich zu glauben, dem eigenen Leben einen Sinn zu geben, und wenn der Sinn einfach nur darin besteht, die aktuelle Krise zu meistern. Wir denken da an Viktor E. Frankl, dem Begründer der Logotherapie, der durch diesen Sinn das Konzentrationslager überlebte. Vor allem bei traumatisierten Menschen besteht die ärztliche Aufgabe darin, ihnen zu helfen, „Ja zum Leben zu sagen“ [8].

Die Artikel dieses Praxisschwerpunkts

geben ein beredtes Beispiel dafür, wie wir mit Körper- oder Ohrakupunktur, und hier im Besonderen mit dem NADA-Protokoll (Raben, Schönegger, Friedrichs, Hase), mit dem Lösen körperlich-emotionaler Spannungen (Malek, Deim), mit verschiedenen traumafokussierten Psychotherapien (Barton, Röbe, Hase), mit nonverbaler Kommunikation (Raben), durch Ernährung und chinesische Arzneitherapie (Knauer), meist aber durch eine Kombination dieser Methoden „gestressten“ und traumatisierten, gar schwer traumatisierten Menschen helfen können, bis hin zu den neuen Randgruppen unserer Gesellschaft, den zu uns aus Hunger, Unterdrückung oder Krieg Geflüchteten (Friedrichs), die zumeist von Empower-

ment im klassischen, sozialen Sinne nur träumen können.

Wie sich Fäden aus unterschiedlichen Richtungen verknüpfen

Es war nicht geplant, aber ein großer Teil dieser Ausgabe betrifft im weitesten Sinne das Thema „Psyche“. Hier sei auf den Grundlagenartikel von Sroka zur Bedeutung der Stimulation des Parasympathikus mittels Akupunktur hingewiesen, der deutlich in dieselbe Richtung zeigt: spannungslösend und regenerierend. Der Kommentar von Tauber-Bachmann beschäftigt sich mit dem Problem der Psyche, des Burn-outs und der Resilienz bei Ärzten. Auch die Rezensionen der Bücher von Cechura und Schache reihen sich in dieses Thema ein. Und um den Reigen komplett zu machen, führt die ÄfA (Ärzte für Akupunktur) Ende März in Wien ihren Kongress zu verschiedenen Wegen aus dem Stress durch: „Stress lass nach!“ Dort werden einige der Autoren dieses Schwerpunkts vortragen bzw. Kurse halten (Deim, Malek, Knauer, Ots).

Literatur

1. Selye H (1950) *The physiology and pathology of exposure to STRESS*. ACTA Medical Publishers, Montreal
2. Lazarus RW (1991) *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York
3. Mann F (2000) *Reinventing acupuncture: a new concept of ancient medicine*. Butterworth-Heinemann, Oxford, Boston
4. Milz H (2018) *Der eigen-sinnige Mensch – Körper, Leib und Seele im Wandel*. Edition Zeitblende, Aarau
5. Stör W persönliche Mitteilung 03. 12. 2015
6. https://de.wikipedia.org/wiki/Resilienz_%28Psychologie%29 (aufgerufen am 2. Jan. 2019)
7. <https://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment> (aufgerufen am 2. Jan. 2019)
8. Frankl VE (2015) *...trotzdem ja zum Leben sagen – Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. Kösel, München

Korrespondenzadresse

Thomas Ots
Moserwaldweg 11
A-8042 Graz, Österreich
ots@daegfa.de

Interessenkonflikt. T. Ots gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Barbara. B. Barton, Richard Musil

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, LMU München, München, Deutschland

Posttraumatische Belastungsstörung

Oft werden schwierige Lebensereignisse per se als traumatisch deklariert. Doch nicht jeder Betroffene entwickelt infolge eines traumatischen Erlebnisses ein „Trauma“ im pathologischen Sinn.

Definition und Diagnostik

Einer repräsentativen Studie zufolge erleben 28 % der Frauen und 21 % der Männer in Deutschland mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben, wobei die Ein- bzw. 12-Monatsprävalenz für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in Deutschland jeweils bei 2,3 % liegt [1, 2]. Nicht jeder entwickelt demnach in Folge eines traumatischen Ereignisses auch eine PTBS. Neben einer PTBS können sich infolge eines traumatischen Ereignisses auch andere psychische Erkrankungen wie eine Depression oder Angststörungen bis hin zu dissoziativen Störungen manifestieren [3]. Die PTBS (ICD-10: F43.1) ist folglich eine spezifische Form einer Traumafolgestörung mit klar definierten Kriterien (**Abb. 1**).

Beim A Kriterium lässt sich zwischen einem Trauma Typ I und II differenzieren (**Abb. 2**).

Im ICD-11 ist die Aufnahme der **komplexen PTBS** neben der klassischen PTBS geplant. Vor allem bei Trauma-Typ-II-Patienten sind neben den klassischen PTBS-Symptomen noch folgende Bereiche beeinträchtigt, die in der komplexen PTBS integriert werden [5]:

- Defizite in der Emotionsregulation,
- selbstschädigende Verhaltensweisen,
- beeinträchtigtes Identitätsgefühl,
- permanentes Schuld- und Schamgefühl,
- Probleme der Beziehungsfähigkeit (mangelndes Vertrauen),
- Dissoziationsneigung.

Äußert ein Patient ein traumatisches Ereignis, sollte aktiv zugehört und der Patient ernst genommen werden. Traumatische Ereignisse gehen meist mit dem Empfinden von **Schuld** und **Scham** einher, weshalb es essenziell ist, dem Betroffenen zu signalisieren, dass es kein Tabu ist, über dieses Thema zu sprechen, sein Verhalten in der Situation nachvollziehbar ist und jeder andere auch so gehandelt hätte [7].

Um Patienten mit einer PTBS die richtige Therapie empfehlen zu können und den Dialog zu öffnen, können zum Stellen der (Verdachts-)Diagnose die in **Tab. 1** dargestellten Diagnoseinstrumente eingesetzt werden.

Risikofaktoren

Neben verschiedenen Faktoren (**Abb. 3**) scheint auch die Art des Traumas bei der Entwicklung einer PTBS entscheidend. So entwickeln nach einer Vergewaltigung sowie nach Folter im Rahmen von Vertreibung und Krieg 50 %, nach anderen Gewaltverbrechen 25 % und nach einem Verkehrsunfall oder schweren Organerkrankungen 10 % eine PTBS [12]. Überlebende einer Krebserkrankung weisen beispielsweise häufiger PTBS auf als die Normalbevölkerung (Odds Ratio = 1,66; [13]).

Komorbiditäten

Komorbiditäten sind bei einer PTBS eher die Regel als die Ausnahme [12]. Häufige Komorbiditäten sind **Alkoholmissbrauch** [17], vor allem bei einer starken

Ausprägung der Symptome Vermeidung und Hyperarousal, **Substanzmissbrauch**, weshalb besondere Vorsicht bei Benzodiazepinen gilt [12], **Depression** [18] und **Schmerzstörungen** [19, 20]. Häufig findet sich auch bei **Schizophrenie** (v. a. bei positiven Symptomen, neurokognitiven Beeinträchtigungen, schlechter Lebensqualität) eine PTBS (bis zu 57 %; [21]). Weiterhin haben PTBS-Patienten ein um 27 % **erhöhtes kardiovaskuläres Risiko** [22], wobei vor allem das PTBS-Symptom der Schlafstörungen als signifikanter Prädiktor in diesem Zusammenhang identifiziert wurde [23]. Metaanalysen weisen auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von **Diabetes Typ II** (relatives Risiko: 1,49; [24]) und von **Autoimmunerkrankungen** hin (Hazard Ratio: 1,46; [25]). Weiterhin finden sich bei PTBS-Patienten häufig **ungesunde Verhaltensweisen** wie Rauchen, schlechtes Ernährungs- und Bewegungsverhalten [26, 27]. Eine erfolgreiche Behandlung der PTBS kann das erhöhte Risiko für körperliche Erkrankungen erfreulicherweise auch wieder reduzieren [28].

Therapie der PTBS

Laut Leitlinienempfehlung sollte die Traumatherapie immer mit **Exposition** einhergehen und von einem dazu spezifisch qualifizierten Psychotherapeuten durchgeführt werden. Signifikant höhere Effektstärken der traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu nichttraumafokussierten Verfahren (Hedges' $g = 1,38$ vs. 0,97) stützen diese Empfehlung [29].

Tab. 1 Übersicht diagnostischer Instrumente bei PTBS

Fragebogen	Autor	Information
Breslau Screeningskala	Siegrist und Maercker [8]	9 Fragen, Selbstrating
Impact of Event Scale – Revised (ISE-R)	Wagner et al. [9]	22 Fragen, Selbstrating
Essener Trauma-Inventar (ETI)	Tagay und Senf [10]	Bearbeitungsdauer von 10–15 min, Selbst- und Fremdrating
Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS 5)	Cwik und Woud [11]	Fremdrating Bearbeitungsdauer 45–60 min

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur

2019 • 62 (1): 24–27

<https://doi.org/10.1007/s42212-018-0128-6>

Online publiziert: 23. Januar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

A Trauma	B Wiedererleben	C Vermeidung	D Hyperarousal	E Dauer
<ul style="list-style-type: none"> • Erleben eines kurz- oder langanhaltenden Ereignisses von außergewöhnlicher Bedrohung /katastrophalen Ausmaßes, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde 	<ul style="list-style-type: none"> • anhaltende Erinnerungen <p style="text-align: center;">ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wieder-Erleben (Flashbacks) <p style="text-align: center;">ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiederholende Träume <p style="text-align: center;">ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • innere Bedrängnis in Situationen, die dem Erlebten ähneln 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Situationen/ Belastungen, die der Belastung ähneln oder im Zusammenhang stehen 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern <p style="text-align: center;">ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2. Hyperarousal (mind. 2 Symptome): <ul style="list-style-type: none"> a) Ein- und Durchschlaf-schwierigkeiten b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrations-schwierigkeiten d) Hypervigilanz e) erhöhte Schreckhaftigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungs-erlebnis/Periode auf <p style="text-align: center;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein späterer Beginn ist möglich

Abb. 1 Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10 [4]

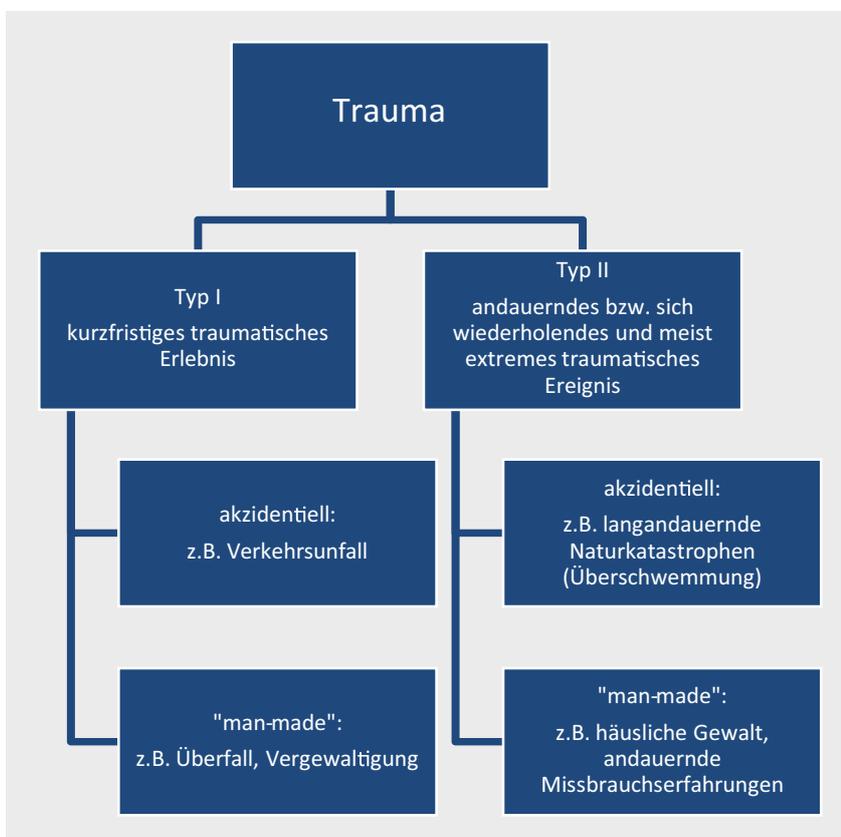


Abb. 2 Differenzierung in Traumtypen [6]

Die Therapiephasen in der traumafokussierten Therapie sind in **Abb. 4** dargestellt. Evaluierte Verfahren sind die **Kognitive Therapie mit Exposition** [30] oder die **Verhaltenstherapie mit prolongierter Exposition** [31]. Weitere vielversprechende Therapieverfahren, die gerade intensiv beforscht werden, sind die **Eye Movement Desensitization Therapy (EMDR; [32])**, **Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT; [33])**, die **Testimony-/Narrative Expositions Therapy (NET; [34])**, die **dialektisch behaviorale Therapie PTBS (DBT-PTBS; [35])** sowie die **Cognitive Processing Therapy (CPT; [36])**.

Als absolute Kontraindikation bei einer Exposition gelten ein akutes psychotisches Erleben, akute Suizidalität und Täterkontakt [12]. Selbstverletzendes Verhalten oder eine hohe Dissoziationsneigung sind kein unbedingtes Ausschlusskriterium für eine Exposition [12].

Medikamentös ist in Deutschland nur der selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer **Paroxetin** zugelassen [37]. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass traumafokussierte Psychotherapie jeglicher medikamentöser Behandlung bei der Behandlung einer PTBS überlegen ist und

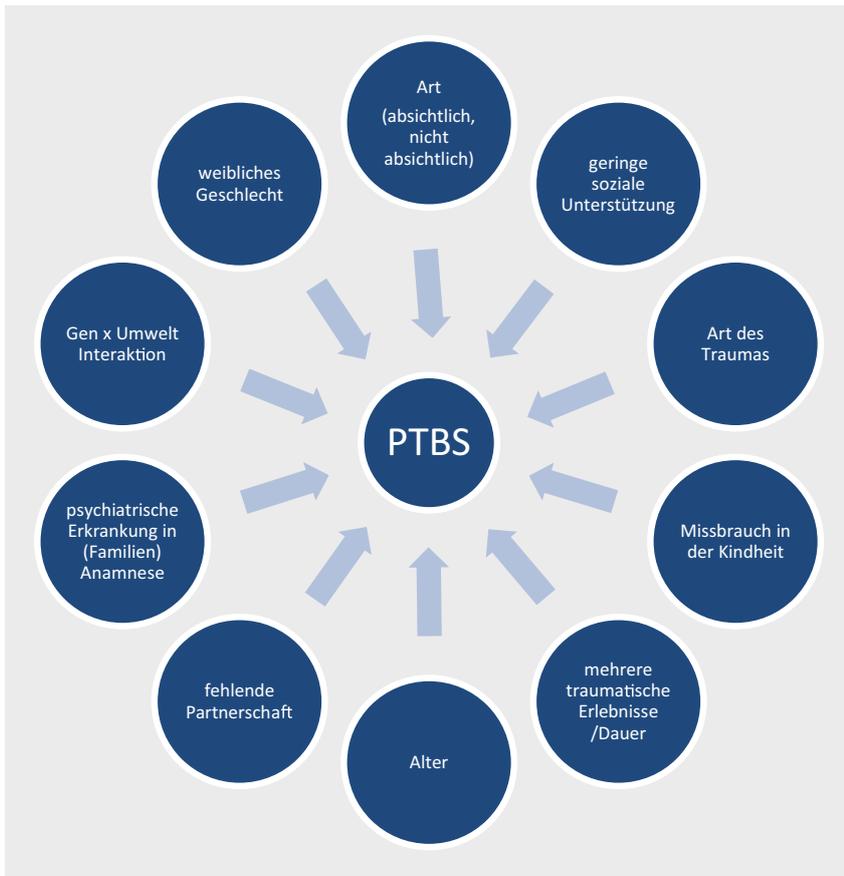


Abb. 3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach einem traumatischen Erlebnis [14–16]



Abb. 4 Die Therapiephasen in der Behandlung einer PTBS, adaptiert nach Flatten und Gast [12]

eine verbesserte Symptomatik über die Therapie hinaus ermöglicht, während Medikamente keine nachhaltigen Effekte zeigen [38]. Eine traumafokussierte Psychotherapie sollte deshalb immer einer medikamentösen Behandlung vorgezogen werden [12, 38].

Fazit

- Nicht jeder Mensch entwickelt infolge eines traumatischen Ereignisses eine psychische Erkrankung.

- Die PTBS ist eine klar definierte psychische Erkrankung infolge einer Traumatisierung.
- Psychische Komorbiditäten sind bei einer PTBS eher die Regel als die Ausnahme.
- Aufgrund eines hohen Risikos für Substanzmissbrauch gilt Vorsicht bei der Verschreibung von z. B. Benzodiazepinen.
- Die Therapie erster Wahl ist eine Psychotherapie mit Exposition der Traumainhalte in sensu und in vivo sowie anschließender Reintegration des Trau-

mas, um eine Neuorientierung für den Patienten zu ermöglichen.

Literatur

1. Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brahler E (2008) Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. *Nervenarzt* 79(5):577–586
2. Jacobi F, Hofer M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al (2014) Mental disorders in the general population: study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85(1):77–87
3. Breslau N (2009) The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse* 10(3):198–210
4. Dilling H, Freyberger H (2016) *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Hogrefe, Bern
5. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, van Ommeren M et al (2013) Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 381(9878):1683–1685
6. Hecker T, Maercker A (2015) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut* 60(6):547–562
7. Maercker A, Muller J (2004) Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD. *J Trauma Stress* 17(4):345–351
8. Siegrist P, Maercker A (2010) Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder, S 208–213
9. Wagner B, Maercker A, Michael T (2012) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Meinschmidt G, Schneider S, Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Materialien für die Psychotherapie, Bd. 4*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio
10. Tagay S, Senf W (2014) *Essener Trauma-Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*
11. Cwik JC, Woud ML (2015) German version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5. *CAPS-5*
12. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P et al (2011) *S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. *Trauma Gewalt* 3:202–210
13. Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F (2017) Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 34(4):327–339
14. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68(5):748–766

15. Hecker T, Maercker A (2015) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut* 60(6):547–561
16. Weiss EM, Parson W, Niederstatter H, Marksteiner J, Lampe A (2018) Genetics of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychother Psychosom Med Psychol*. <https://doi.org/10.1055/a-0634-6625>
17. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S et al (2014) A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(9):1401–1425
18. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52(12):1048–1060
19. Shipherd JC, Keyes A, Jovanovic T, Ready DJ, Baltzell D, Worley V et al (2007) Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: what about comorbid chronic pain? *J Rehabil Res Dev* 44(2):153–166
20. Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Davidson JR et al (1997) Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *J Psychosom Res* 43(4):379–389
21. Seow LSE, Ong C, Mahesh MV, Sagayadevan V, Shafie S, Chong SA et al (2016) A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophr Res* 176(2–3):441–451
22. Edmondson D, von Kanel R (2017) Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry* 4(4):320–329
23. Akosile W, Young R, Lawford B, Voisey J, Colquhoun D (2018) PTSD symptoms associated with myocardial infarction: practical clinical implications. *Australas Psychiatry* 26(1):60–64
24. Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward PB, Steel Z, Lederman O, Lamwaka AV et al (2016) Type 2 diabetes among people with posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 78(4):465–473
25. Song H, Fang F, Tomasson G, Arnberg FK, Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L et al (2018) Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA* 319(23):2388–2400
26. Hall KS, Hoerster KD, Yancy WS Jr. (2015) Post-traumatic stress disorder, physical activity, and eating behaviors. *Epidemiol Rev* 37:103–115
27. van den Berk-Clark C, Secrest S, Walls J, Hallberg E, Lustman PJ, Schneider FD et al (2018) Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol* 37(5):407–416
28. Gilsanz P, Winning A, Koenen KC, Roberts AL, Sumner JA, Chen Q et al (2017) Post-traumatic stress disorder symptom duration and remission in relation to cardiovascular disease risk among a large cohort of women. *Psychol Med* 47(8):1370–1378
29. Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PM (2014) Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev* 34(8):645–657
30. Ehlers A (1999) Posttraumatische Belastungsstörungen. Hogrefe, Göttingen
31. Foa E, Hembree E, Rothbau B, Lichtenau GP (2014) *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten*
32. Shapiro F (2012) *EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Junfermann, Paderborn
33. Schmucker M, Reschke K, Kögel B (2008) *Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy: Behandlungsmanual für Typ I Trauma (Berichte aus der Psychologie)*. Shaker, Aachen
34. Schauer M, Neuner F, Elbert T (2015) *Narrative exposure therapy*. Hogrefe, Göttingen
35. Steil R, Dyer A, Priebe K, Bohus M, Sipos V (2017) *Dialektisch Behaviorale Therapie für Patienten mit schwerer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Praxis Der Dialektisch Behavioralen Therapie*. Kohlhammer, Stuttgart
36. König J, Resick PA, Karl R, Posttraumatische Belastungsstörung RR (2012) *Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy. Therapeutische Praxis*. Hogrefe, Göttingen
37. Frommberger U, Angenendt J, Berger M (2014) Post-traumatic stress disorder—a diagnostic and therapeutic challenge. *Dtsch Arztebl Int* 111(5):59–65
38. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW (2016) Psychotherapy versus pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis to determine first-line treatments. *Depress Anxiety* 33(9):792–806

Korrespondenzadresse



Barbara. B. Barton
Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie,
Klinikum der Universität
München, LMU München
Nußbaumstr. 7, 80336 Mün-
chen, Deutschland

Barbara.Barton@med.uni-muenchen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. B. Barton und R. Musil geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Jetzt kostenlos Update-Newsletter bestellen

Von Anästhesie bis Urologie – die Update Newsletter von SpringerMedizin.de liefern Ihnen regelmäßig Aktuelles und Wissenswertes aus allen medizinischen Fachgebieten:

- CME-Beiträge aus den Fachzeitschriften von Springer Medizin
- umfassende Übersichtsbeiträge und interessante Kasuistiken
- aktuelle internationale Studien
- Kongress-Highlights und Themen-Specials
- News aus Berufs- und Gesundheitspolitik

➔ Jetzt Newsletter auswählen und kostenlos bestellen unter www.springermedizin.de/mynewsletters

Adriane Röbe

Praxisgemeinschaft Dres. Röbe, Augsburg, Deutschland

Therapiemöglichkeiten in der Schmerz- und Psychotherapie

Vorstellung eines integrativen Therapiekonzepts für Menschen mit chronischen Schmerzen

Erstkontakt

Ein Teil des Praxisschwerpunkts der Praxisgemeinschaft umfasst Menschen mit vorwiegend chronischen Schmerzen. Der Erstkontakt mit der Thematik „Schmerz“ findet in der Regel über die Fachdisziplin „spezielle Schmerztherapie“ statt. Der Erstkontakt umfasst die Evaluation der Problematik und Diagnoseklärung.

» Ein Großteil der Patienten hat zusätzlich ausgeprägte psychische Beschwerden

Der Zugangsweg zur Praxis (**Abb. 1**) über das Thema chronischer Schmerz bringt eine Vielfalt von diversen Diagnosen. Ein Großteil der Patienten hat zusätzlich zum Symptom Schmerz ausgeprägte psychische Beschwerden. Die Genese dieser Beschwerden ist sehr breit.

Eine Gruppe dekompenziert aufgrund von Schwierigkeiten im Umgang mit der organischen Erkrankung. Ein großer Teil der Patienten hat allerdings auch primär eine psychische Störung und entwickelt im Verlauf somatoforme Schmerzen.

Bei einem nicht unerheblichen Anteil findet sich auch eine ausgeprägte posttraumatische Komponente, teilweise aufgrund von Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, teilweise stellen aber auch missglückte Operationen mit körperlichen Schädigungsfolgen ein traumatisches Erleben dar.

Häufige Komorbiditäten sind Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen.

Weitere Planung

Einige Patienten bedürfen noch organischer Abklärungen (z. B. Bildgebung), wobei diese eher den kleineren Teil, der beim Erstkontakt bereits somatisch sehr gut abgeklärten Patienten, darstellen. Ein weiterer kleinerer Teil bedarf einer stationären Behandlung (vor allem psychiatrisch). Der übrige Teil benötigt eine individuelle Behandlungsplanung, die dann in der Praxis durchgeführt werden kann.

» Akupunkturbehandlungen stellen einen oft angewendeten Baustein dar

Seitens der speziellen Schmerztherapie bedeutet dies im Anfangskontakt Planung einer medikamentösen Behandlung: Oft umfasst diese Schmerzmedikation, Anbehandlung von Schlafstörungen und Depressionen. Hier wird neben einer leitlinienbasierten Medikation auch Beratung bezüglich naturheilkundlicher Methoden durchgeführt. Akupunkturbehandlungen stellen außerdem einen oft angewendeten Baustein dar. Gelegentlich werden weitere invasive Interventionen notwendig.

Die Wahl der notwendigen Behandlungen (**Abb. 1**) ergibt sich aufgrund der getroffenen Diagnose und der Präferenzen der Patienten.

Weitere Planung – weitere Fachrichtung

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung ist oftmals nötig, was in der Praxis geleistet wird.

Bei gravierenden Fällen mit fast ausschließlich schwerer psychiatrischer

Symptomatik (Psychosen, schwerste Depressionen etc.) muss eine Weiterüberweisung z. B. an einen Vertragsarzt für Psychiatrie erfolgen.

Weiterbehandlung Psychotherapie

Zu Beginn muss oft das Störungsmodell herausgearbeitet werden, Grundlagen organischer und seelischer Interaktionen müssen vermittelt werden (biopsychosoziales Krankheitsmodell).

Eine therapeutische Beziehung muss aufgebaut sowie ein Verständnis für das Krankheitsmodell des Patienten entwickelt werden. Bei vielen, primär oft rein körperlich orientierten Patienten ist eine adäquate Begleitung zu einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis notwendig. Andernfalls entstehen, wie so oft, Beziehungsabbrüche. Die Botschaft sollte nicht sein, dass die Schmerzen rein „psychisch“ sind. Wenn dies gelingt, kann die weitere psychotherapeutische Arbeit, sollte diese nötig sein, beginnen.

In der Regel haben Menschen mit chronischen Schmerzen einen erhöhten Stresslevel [1]. Daher ist ein weiterer wichtiger therapeutischer Schritt die Vermittlung im Umgang mit Stress. Im psychotherapeutischen Setting sollen Patienten sich wieder handlungsfähig erleben, notwendige Veränderungsschritte ausarbeiten und umsetzen lernen.

Es wird überwiegend mit ressourcen- und zukunftsorientierten Verfahren gearbeitet.

Für ein tieferes Verständnis der Problematik ist zumindest eine basale Aufarbeitung der biografischen Anamnese notwendig. Häufig ist das Thema „Schmerz“ nur eine Brücke, um schamhaft besetzte Gedanken bezüglich Psychotherapie zu überwinden. Ist die Beziehung erst mal hergestellt, die Scham überwunden, spielt das Thema „Schmerz“ oft keine entscheidende Rolle mehr.

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur

2019 • 62 (1): 28–30

<https://doi.org/10.1007/s42212-018-0124-x>

Online publiziert: 17. Januar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

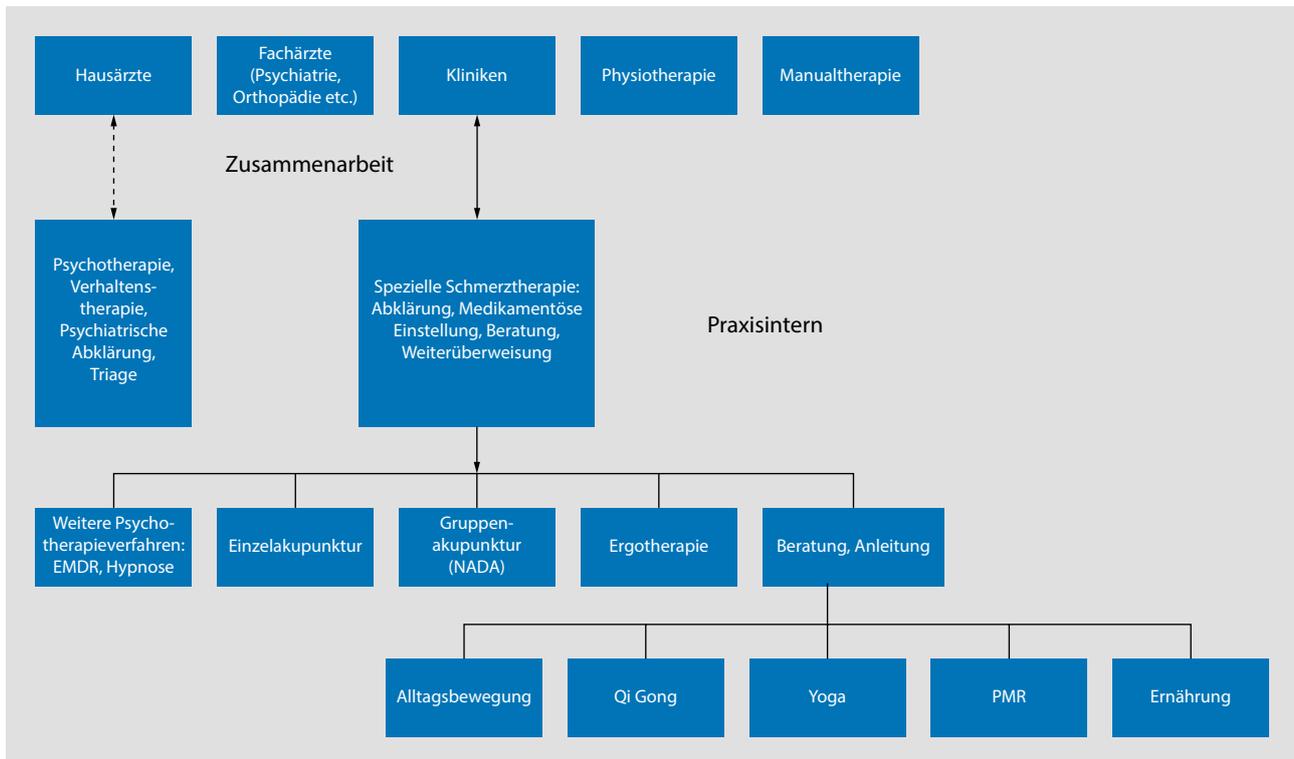


Abb. 1 Schema Behandlungspfad. EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing, NADA National Acupuncture Detoxification Association, PMR progressive Muskelrelaxation

Eine rein kognitive Besprechung der Beschwerden ist jedoch meist nicht ausreichend. In der Psychotherapie kommen je nach Indikation und Persönlichkeit des Patienten noch andere Verfahren zum Einsatz.

Weitere therapeutische Verfahren

Bei noch sehr präsent traumatischen Erlebnissen können mittels EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) einige Traumaelemente bearbeitet werden. Dadurch erlebt der Patient sich als handlungsfähig und traumatische Erinnerungsfragmente können oft rasch aufgelöst werden [2].

In der Praxis wird die EMDR-Behandlung v. a. bei klar definierten Traumata durchgeführt, eine längere Traumatherapie schließt sich eher selten daran an. Hier wird zu anderen Fachärzten weiterverwiesen.

Ein weiteres Element ist die Hypnotherapie. Mittels Hypnotherapie ist es oft möglich, weitere Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Außerdem kann Patienten mittels dieser Therapie ein Werkzeug im Umgang mit dem Schmerz an die Hand gegeben werden [3].

Weitere Elemente

Akupunktur stellt in dieser Praxis einen sehr wichtigen Therapiebaustein im Umgang mit chronischen Schmerzen dar. Einerseits zur symptomatischen Schmerzbehandlung (Triggerpunkte, Dry Needling, Elektroakupunktur) bzw. klassisch nach den Disharmoniemustern der TCM. Des Weiteren ist Akupunktur ein sinnvolles nonverbales Therapieinstrument.

Hier werden Patienten im klaren Rahmen bezüglich ihrer Symptomatik, die zu Beginn überwiegend somatisch wahrgenommen wird, ernst genommen, was wiederum die therapeutische Beziehung stärkt.

» Durch Akupunktur kann der Therapeut eine bessere Distanz gewinnen

Chronische Schmerzpatienten lösen auch aufseiten des Therapeuten oft schwierige Gefühle wie Hilflosigkeit und Verärgierung aus. Durch Akupunktur kann der praktisch handelnde Therapeut oft eine

bessere Distanz bei komplizierten Prozessen gewinnen. Dadurch können auch schwierige verbale Interventionen oft besser durchgeführt werden. Ein weiterer positiver Aspekt der Akupunktur ist die oft entspannende Wirkung.

Neben der Einzelakupunktur bietet die Praxis für die Patienten Gruppensitzungen in NADA-Ohrakupunktur an. In wöchentlichen Abständen kommt die Gruppe (max. 9 Patienten) für eine Akupunktur in sitzender Haltung zusammen. Der Schwerpunkt dieser Stunde liegt vor allem auf dem stressmindernden Effekt, einerseits durch die Akupunktur, andererseits durch das Gruppensetting. Die Haltung des Therapeuten ist hier offen, es wird nichts gefordert oder hinterfragt. Gegenwärtig wird die Gruppe mittels Fragebögen bezüglich der Symptomentwicklung und der Entwicklung bezüglich Lebensqualität evaluiert. Da das gesamte Praxisteam im NADA-Protokoll ausgebildet ist und die Behandlung sehr schnell durchzuführen ist, können auch Patienten außerhalb der Gruppensitzungen jederzeit kommen, z. B. für Schlafstörungen, erhöhte Anspannungszustände oder Schmerzen.

Akupunktur, aber auch andere körperorientierte Verfahren, werden zwar durch die Therapeuten durchgeführt und sind im weitesten Sinne daher als „passive“ Therapiemaßnahmen zu werten. Es werden aber durch das leibliche Spüren getriggerte Prozesse eingesetzt, die für die Patienten in Richtung Mind/Body-Erfahrung oder Meditation gehen. Viele Patienten sind oft zu Beginn einer Therapie noch nicht dazu in der Lage, solche Prozesse aktiv einzusetzen und zu steuern. Daher stellt die Akupunktur hier eine wertvolle Brücke bei der Wahrnehmung solcher Prozesse dar.

Um Patienten ein Instrument aus der chinesischen Medizin an die Hand zu geben, das sie selbst aktiv anwenden können, und sie in ihrer eigenen Kontrollfertigkeit zu stärken, werden im Verlauf einige Akupressurpunkte besprochen. Auch einfache Ernährungsratschläge im Sinne von chinesischer Diätetik, die sie einfach umsetzen können, werden je nach Indikation diskutiert.

Anleitung zu aktiven Elementen

Stress und Schmerz sind nicht „nur“ ein psychologisches Problem, sie sind auf hormoneller Ebene messbar [1]. Daher sind Therapieverfahren, einerseits Bewegung zum Stressabbau, Entwicklung eines Körpergefühls, andererseits Entspannungsverfahren zur Regulierung des vegetativen Ungleichgewichts durch z. B. progressive Muskelrelaxation, Qigong oder Yoga, notwendig.

Oft behindern eigene negative kognitive Denkschemata die Patienten in die Handlung zu kommen, daher müssen schrittweise diese Muster gemeinsam aufgelöst werden. Dann kommen die Patienten weg vom Erlebnis des Scheiterns hin zum Erleben ihrer „Selbstwirksamkeit“.

Empfohlen wird oft für den „Einstieg“ in Entspannungsverfahren die progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen, was die Patienten mithilfe von CDs selbstständig zu Hause durchführen können.

Externe Empfehlungen

Je nach Störungsbild wird Physiotherapie oder Manualtherapie verordnet. Sport wird empfohlen, geeignete Möglichkeiten werden eruiert. Eine Betonung ist der Nutzen von Alltagsbewegungen (zu Fuß gehen, Treppen benutzen).

Fazit

Das Therapiekonzept der Praxis basiert in erster Linie auf einer leitliniengerechten fachärztlichen Behandlung. Bei der Arbeit mit chronischen Schmerzen wird man mit sehr unterschiedlichen Erkrankungen und Persönlichkeiten konfrontiert. Daher sind auch unterschiedliche, oft multimodale Vorgehensweisen notwendig [4, 5]. Oft ist eine geeignete Mischung aus aktiven (Psychotherapie, Bewegung, Entspannungsverfahren) und passiven (Massage, Akupunktur, Medikamente) Therapiemethoden notwendig, um den Patienten im Verlauf der Behandlung heraus aus seiner Hilflosigkeit und Passivität in die Lage zu versetzen, seiner Erkrankung aktiv im Glauben an die eigene Wirksamkeit begegnen zu können. Da Patienten unterschiedliche Zugangswege zu ihrer Problematik haben, sollen weitere Therapiemethoden integriert werden, um die Behandlungserfolge weiter zu optimieren (z. B. Biofeedback).

Literatur

1. Egle UT et al (2017) *Psychosomatische Schmerztherapie, Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung*. Kohlhammer, Stuttgart
2. Haygarth J (1801) *Of the imagination, as a cause and as a cure of disorders of the body; exemplified by fictitious tractors and epidemic convulsions*. R. Cruttwell, Bath
3. Jensen MP, Patterson DR (2015) *Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings*. *Am Psychol* 69(2):167–177. <https://doi.org/10.1037/a0035644>
4. Banerjee S, Argáez C (2017) *Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines*. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa*
5. Ho C, Argáez C (2017) *Occupational therapy for chronic pain management using the Biopsychosocial approach: a review of the clinical and cost-effectiveness and guidelines*. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa*

Korrespondenzadresse



Dr. med. Adriane Röbe
Praxisgemeinschaft Dres.
Röbe
Franziskanergasse 12 (in
der Klinik Vincentinum),
86152 Augsburg, Deutschland
a.roebe@praxis-roebe.de

Einhaltung ethischer Richtlinien
Interessenkonflikt. A. Röbe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.



© Marion Rauter

Marion Rauter: „Frida war eine herausfordernde, eitle und leidenschaftliche Frau mit einer unermesslichen Fähigkeit zu lieben. Sie ist für mich eine Frau, die vielleicht auch gerade durch ihre zwei „Unfälle“ (Busunglück und Diego Rivera waren die beiden Unfälle in ihrem Leben – Zitat Frida) diese unermessliche Weisheit und auch Lebenswillen und Lebensfreude bezogen hat.“

Michael Hase

Lüneburger Zentrum für Stressmedizin, Lüneburg, Deutschland

Integration des NADA-Protokolls in die stationäre Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

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. Nachdem das Thema der seelischen Traumatisierung und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) enttabuisiert wurde und 1998 mit dem ersten großen Kongress der Psychotraumatologie in Köln eine breitere Beachtung innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie fand, haben sich in den verschiedenen Feldern der Akutbehandlung und Rehabilitation stationäre Behandlungsangebote zur Behandlung der PTBS und weiterer psychotraumatischer Folgestörungen entwickelt.

» Die Therapie der PTBS stellt immer noch eine Herausforderung dar

Die Gründung einer Fachgesellschaft, der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), eine rege wissenschaftliche Beschäftigung mit den Methoden der Psychotraumatologie und die Formulierung von Leitlinien, die mittlerweile in der zweiten Version vorliegen, haben die Formulierung von Behandlungsangeboten erleichtert und zu einer Professionalisierung beigetragen. Bei allen Fortschritten stellt jedoch die Therapie seelisch traumatisierter Menschen in den verschiedenen Settings der stationä-

ren Behandlung eine Herausforderung dar. Abhängig von dem Setting der Behandlung, sei es die psychiatrische bzw. psychosomatische Akutbehandlung oder die Rehabilitation, unterscheiden sich Behandlungsdauer und Personalressourcen erheblich. Auch ist eine zunehmende Tendenz zur Gewinnmaximierung mit Einfluss auf die Behandlungsressourcen zu beobachten. Dies ist besonders für die Behandlung der PTBS mit Komorbiditäten (komplex belastete Patienten) mit erhöhtem Behandlungsbedarf von Bedeutung.

Leitlinienorientierte Behandlung der PTBS

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. Die Leitlinien zur Behandlung der PTBS fordern eine phasenorientierte Behandlung, die nach Feststellung des Vorliegens einer Traumafolgestörung obligat die Stabilisierungsphase, die traumakonfrontative Phase und die Phase der Integration mit Neuorientierung enthält. Der idealtypische Phasenablauf wird in der Praxis selten zu finden sein, da sich die Phasen ineinander verschränken.

» Elemente der TCM finden sich oft in der stationären Behandlung

Leitliniengerecht kommt in der Stabilisierungsphase Ressourcenaufbau zum Einsatz, wobei hier kunst- und gestaltungs-, ergo-, sowie körpertherapeutische Ansätze einbezogen werden. Die Traumakonfrontation wird mit den geeigneten Möglichkeiten der traumaadaptier-

ten kognitiven Verhaltenstherapie – wobei Exposition nur ein Element sein darf – oder EMDR-Therapie durchgeführt [2]. In der stationären Behandlung sind oftmals traumasensitives Yoga oder Qigong als körpertherapeutische Stabilisierung zu finden. Diese Angebote haben sich etabliert, ohne dass immer eine Grundorientierung nach der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zu finden ist.

In der Traumakonfrontation oder Traumaverarbeitung kommen gemäß WHO [2] Ansätze der traumaadaptierten Verhaltenstherapie oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zum Einsatz.

Raben [3] hat schon 2011 auf die Effekte der Akupunktur in der Therapie von traumatisierten Patienten hingewiesen. Seine besondere Betonung des nonverbalen und nonkonfrontativen Ansatzes der NADA-Akupunktur (NADA, National Acupuncture Detoxification Association) ist sicherlich von Bedeutung. Dennoch bleibt die Frage, wo die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll zu verorten wäre? Ein Rückblick auf eigene Erfahrungen soll hier versuchen Antworten zu geben.

NADA als berufsübergreifendes Therapieangebot

Der Autor kann aus seiner langjährigen Zeit als Oberarzt an einer psychiatrischen Klinik mit besonderer Verantwortung für eine Station mit Behandlungsschwerpunkt Psychotrauma, als Chefarzt einer Abteilung für Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation und umfangreicher ambulanter psychotraumatischer Behandlung berichten.

Die Integration der NADA-Ohrakupunktur in der stationären Psychiatrie ging von der Pflege aus. Die NADA-Ausbildung wurde von einigen Pflegekräften mit großer Begeisterung absolviert. In der Implementierung wurde ein gestuftes Vorgehen verfolgt. Das Gruppensetting sollte erst nach ausreichender Erfahrung

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 31–33

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0140-5>

Online publiziert: 25. Januar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

im Einzelsetting erfolgen. Die Umsetzung in die klinische Arbeit war jedoch nicht unproblematisch. Die Anwendung des NADA-Protokolls, also der Ohrpunkte oder des Schlafkranzes (LG 20, Ex-KH1), war nur auf ärztliche Anordnung möglich. Es zeigte sich, dass aufseiten der Ärzteschaft eine deutliche Skepsis bestand. Diese war auch durch die Begeisterung der Pflegekräfte nicht aufzuwiegen. Letztlich erwies es sich als Nachteil, dass die NADA-Ausbildung nur auf Initiative und in einer Berufsgruppe durchgeführt wurde. Soweit es dem Autor bekannt ist, wird das NADA-Protokoll in dieser Klinik nur wenig angewandt. Die Implementierung des NADA-Protokolls wurde hier durch die Nichtberücksichtigung systemischer Aspekte und Verzicht auf das Gruppensetting erschwert.

Insofern schien bei der Einführung des NADA-Protokolls in einer Abteilung für Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation ein anderer Ansatz sinnvoll. Der Chefarzt warb durch Patientenbehandlung und interne Fortbildung in der Abteilung für das NADA-Protokoll. In Zusammenarbeit mit der Krankenpflege wurde ein Ausbildungskonzept entwickelt, das mehrere Berufsgruppen einbezog. In einer Inhouseausbildung, durchgeführt durch einen Trainer der NADA Deutschland, wurden neben ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern auch Physio- und Ergotherapeuten ausgebildet. Von Beginn an wurde die Behandlung im Gruppensetting und Einzelsetting ermöglicht, wobei das Gruppensetting als unverzichtbares Element des NADA-Protokolls benannt wurde. Hilfreich war, dass eine ärztliche Kollegin schon aus vorheriger Tätigkeit in dem NADA-Protokoll erfahren war und die Einführung begleiten konnte. Die NADA-Ausbildung kam nicht nur den Patienten zugute. Das gemeinsame Lernen und Handeln, die gemeinsame Selbsterfahrung führten auch zu einer Integration im gesamten Team der Abteilung. Konflikte zwischen den Berufsgruppen verloren an Bedeutung. Das NADA-Protokoll konnte sehr erfolgreich in das Behandlungssetting integriert werden. Die Flexibilität in der Applikation durch Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen – selbstverständlich unter ärztlicher Indikationsstellung – erleichterte die Planung und Durchführung der Gruppen. In der etwa 130 Betten großen Abteilung wurden zeitweise bis zu fünf NADA-Gruppen

zweimal pro Woche parallel angeboten. Interessanterweise hat das NADA-Protokoll trotz erheblicher Veränderungen im Gesamtsetting der Abteilung seinen Platz behalten. Hier ist sicherlich von Bedeutung, dass das NADA-Protokoll im Gruppensetting ressourcenschonend angeboten werden kann und auch komplex belastete Patienten profitieren können.

Wirkungskontrolle

Die Einführung des NADA-Protokolls wurde durch eine Untersuchung begleitet [4]. Es zeigte sich, dass sie indikationsübergreifend angeboten werden konnte. Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll wurde zu einem psychosomatischen Basistherapeutikum. Ein wichtiges Ergebnis war, dass sie auch bei Patienten mit PTBS oder komplexer PTBS erfolgreich eingesetzt werden konnte und auch bei diesen Patienten wenig Nebenwirkungen zeigte [5]. Vereinzelt war zu beobachten, dass die Reduktion der Übererregung in Verlauf einer NADA-Akupunktur eine Spontanverarbeitung traumatischer Materials ermöglichte. Dies ist nachvollziehbar, wenn man die mit der unverarbeiteten traumatischen Erinnerung verbundene Übererregung als Blockade bei der möglichen Spontanverarbeitung versteht [5]. Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) der EMDR-Therapie liefert hier einen Verständnisrahmen [6].

» Akupunktur nach dem NADA-Protokoll kann hervorragend bei Patienten mit akuten Belastungsreaktionen eingesetzt werden

Persönliche Erfahrungen des Autors weisen darauf hin, dass die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll auch hervorragend bei Patienten mit akuten Belastungsreaktionen eingesetzt werden kann. Die Modulation der hier oft sehr prominenten Übererregung kann den Prozess der Spontanverarbeitung stützen und erleichtert auch folgende Akutinterventionen der Psychotherapie. Hier wären systematische Untersuchungen sinnvoll, da das NADA-Protokoll auch bei der Akutversorgung seelisch Traumatisierter

nach einer Großschadenslage einen wesentlichen Beitrag leisten könnte.

Ebenfalls konnte der Autor die Integration in andere Ansätze der Psychotherapie, besonders der EMDR-Therapie, erproben. So erwies sich die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll Unterstützung des Managements der Übererregung im sogenannten Reprozessieren traumatischer Erinnerungen in der EMDR-Therapie. Bisher therapierefraktäre Patienten konnten auf diese Weise erfolgreich behandelt werden. Hier wären systematische Untersuchungen wünschenswert, wenn gleich auch nicht einfach zu realisieren.

Ausblick

Die Bedeutung der Anwendung des NADA-Protokolls bei Patienten mit PTBS liegt nach unserer Erfahrung in der hohen Akzeptanz der Patienten dieses nonverbalen und nonkonfrontativen Angebotes und in der vegetativen Stabilisierung bei gleichzeitiger 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 Akupunktur nach dem NADA-Protokoll gelingt ein Management der Übererregung, das besonders vom traumatisierten Patienten angenommen werden kann.

» Akupunktur nach dem NADA-Protokoll kann auch zur Unterstützung der Traumabearbeitung genutzt werden

In vielen mir bekannten Behandlungssettings für Patienten mit psychotraumatischen Folgesyndromen ist das NADA-Protokoll zu einem Grundpfeiler in der Behandlung geworden. Unserer Erfahrung nach empfiehlt sich die Erstanwendung der Akupunktur nach dem NADA-Protokoll 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. Das NADA-Protokoll im Gruppensetting diene mir als unverzichtbare Basistherapie im Sinne einer psychovegetativen Stabilisierung. Zudem kann die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll zur Unterstützung der Traumabearbeitung genutzt werden. Die Integration in verschiedene Behandlungssettings ist möglich. Bei der Implementierung des NADA-Protokolls ist die Berücksichtigung systemischer Aspekte sinnvoll.

Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll kann die Behandlung psychisch traumatisierter Patienten bereichern. 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 des NADA-Protokolls bei Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgestörungen durch kontrollierte Datenerhebungen mit ausreichend großen Kollektiven zu untersuchen und abzubilden.

Literatur

1. Shapiro F (2001) *EMDR basic principles and protocols*. Norton, New York
2. WHO (2013) *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization, Geneva
3. Raben R (2011) NADA in der Verarbeitung psychischer Traumata. *Dtsch Z Akupunktur* 4(54):13–17
4. Hase M, Hase A (2014) Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. *Dtsch Z Akupunktur* 4(57):12–15
5. Hase M, Balmaceda UM (2015) Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. *Dtsch Z Akupunktur* 1(58):6–9
6. Hase M, Balmaceda UM, Ostacoli L, Liebermann P, Hofmann A (2017) The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Front Psychol* 8:1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>

Korrespondenzadresse



Dr. med. Michael Hase
Lüneburger Zentrum für
Stressmedizin
Dorette-von-Stern-Str. 14,
21337 Lüneburg, Deutschland
m.hase@lzm.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Hase ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der NADA Deutschland. Er erhält hierfür keine Geld- oder Sachmittel.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.



© Marion Rauter

Marion Rauter: „Charlie Chaplin hatte ein sehr schwere Kindheit und Jugend. Er hat sich selbst ‚erfunden‘. Es gibt Zitate von Chaplin, die mich tief beeindruckten und doch hat er diese Weisheit für sich selbst nicht wirklich auf die Straße gebracht, auch wenn er materiell gesehen sehr erfolgreich war... auch eine sehr spannende Biographie.“

Adriane Röbe

Praxisgemeinschaft Dres. Röbe, Augsburg, Deutschland

Akupunktur bei Trauma- und Borderlinepatienten

Aspekte der Beziehungsgestaltung

Die Arbeit mit Akupunktur umfasst in der Regel die Erfassung aller Symptome zur korrekten Diagnosestellung und Behandlung mittels korrekter Punktauswahl. Ein wenig berücksichtigter und reflektierter Aspekt ist jedoch die Beziehungsgestaltung durch nonverbale und verbale Prozesse mit dem Patienten. Sie stellt erfahrungsgemäß einen wichtigen Baustein der Therapie mit Akupunktur dar.

Durch Berücksichtigung verbaler und nonverbaler Anteile neben einer technisch und fachlich guten Akupunkturbehandlung kann sich das Potenzial dieser Therapie besser entfalten. Der universelle¹ Wirkfaktor Beziehung hat großen Anteil an dem Therapieergebnis [1, 2].

Die Wahrnehmung des Patienten bezüglich des Vertrauens in den Therapeuten, seiner Therapie und des Glaubens an die Wirksamkeit wird nicht nur durch die richtige Punktauswahl hergestellt, sondern durch nonverbale und verbale Signale des Therapeuten [3–5]. Ein weiterer universeller Therapiefaktor ist der Ritualcharakter der Akupunkturbehandlung [5]. Für Menschen, die gravierende Traumata erlitten haben, ist dieser Aspekt jedoch aus bestimmten Gründen noch bedeutsamer und soll hier reflektiert werden.

Akupunktur bei Menschen mit Traumata

Um die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung bei der Arbeit mit traumatisierten Patienten zu betrachten, muss man primär definieren, worum es sich bei einem Trauma handelt:

Trauma. Ein Trauma ist ein Ereignis, das von der betreffenden Person nicht bewältigt und verarbeitet werden kann. Es ist das Resultat von physischer oder psychischer Gewalteinwirkung.

Nach ICD-Klassifizierung [6] werden die akuten Reaktionen auf ein Trauma, die akute Belastungsreaktion, von der posttraumatischen Belastungsstörung unterschieden. Dabei handelt es sich um ein außerordentlich schweres traumatisches Ereignis. Unmittelbar daran schließt sich in der Regel ein psychischer Ausnahmezustand an (durch verminderte Ansprechbarkeit, Desorientiertheit, unangemessene Überaktivität, Umherirren, Taubheitsgefühle, Verzweiflung, Wut und Trauer). In der Regel klingt die Belastungsreaktion nach Stunden bis Tagen ab. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist durch die Aufrechterhaltung dieses Ausnahmezustandes definiert.

» Chronischer Stress führt zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit

Traumatische Erlebnisse gehen in der Regel einher mit einer erhöhten Aktivierung des Stresshormonsystems [7, 8] einher. Damit sind Symptome des Hyperarousal (erhöhter Erregungszustand, permanenter Alarmzustand) verbunden. Evolutionstechnisch ist die dabei bestehende erhöhte Wachsamkeit sinnvoll als Schutz vor erneuter Traumatisierung. Hält jedoch dieses Hochfahren der Warnsysteme

me längere Zeit an, gelingt es also nicht, einen entspannten Zustand wiederzuerlangen, bedeutet das chronischen Stress.

Chronischer Stress führt jedoch zu diversen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit: Nachhallerinnerung oder Albträume in Bezug auf das Ereignis. Eine Vermeidung von Reizen, die die Erinnerung wieder wachrufen. Begleiterscheinungen wie Schlafstörung, Reizbarkeit, Konzentrationsstörung und Schreckhaftigkeit.

In der Folge von traumatischen Erfahrungen können sich diverse körperliche, aber auch psychische Komorbiditäten wie Depression, Angststörung, Suchterkrankungen, impulsive und aggressive Verhaltensweisen bis hin zur Persönlichkeitsstörung (vor allem emotional instabile Persönlichkeitsstörung) entwickeln [9].

Borderlinepersönlichkeitsstörung

Viele Menschen, die eine emotional instabile Persönlichkeit entwickeln, haben in ihrer Kindheit Traumata erlitten. Die wesentlichen Eigenschaften dieser Persönlichkeit sind eine gestörte Beziehungsstruktur (Nähe-Distanz-Problematik), Neigung zu erhöhten Anspannungszuständen mit Selbstverletzung, Suizidgedanken, eine Identitätsproblematik und ein chronisches Leeregefühl. Auch hier kommen gehäuft psychische aber auch physische Komorbiditäten hinzu.

Um die Beziehung zu Menschen mit Traumata auch für eine adäquate Akupunkturbehandlung zu nutzen, sollten einige Aspekte berücksichtigt werden:

Eigenschaften von traumatisierten Menschen

Traumatisierte Menschen sind oft sehr sensibel: Sie nehmen sehr viel wahr und sind permanent in Alarmstellung. Entspannung oder das Abgeben von Kontrolle fällt ihnen oft sehr schwer. Gleichzeitig haben viele schon oft Enttäuschungen erlebt. Es besteht eine Nähe-Distanz-Problematik, was teilweise zu einer sehr misstrauischen

¹ Michael Smith, der Begründer der NADA (National Acupuncture Detoxification Association), hat 2015 in einer Rede auf dem Euro-NADA-Kongress zu Recht darauf hingewiesen, dass die häufig gebrauchte Bezeichnung „unspezifisch“ nicht zutreffend ist. „Unspezifisch“ geht mit einer Abwertung einher: „universell“ dagegen beschreibt eine grundlegende Eigenschaft.

Grundeinstellung führt, teilweise aber auch zu einem distanzlosen Verhalten.

Aus diesem Wissen ergeben sich folgende Aspekte der Beziehungsgestaltung:

Für eine konventionelle Akupunkturbehandlung

Verbale Kommunikation

Wichtige Aspekte bei der verbalen Kommunikation. Klaren Rahmen setzen, z. B. wie der zeitliche Rahmen und die Behandlung aussehen und mit welcher Unterstützung der Patient rechnen kann. Das schützt den Therapeuten und den Patienten vor Enttäuschungen.

Aufgrund der Unsicherheit der Patienten in der Beziehungsgestaltung sollte der Therapeut Interaktionen definieren und der Beziehung Struktur geben.

Der Fokus der Akupunkturtherapie liegt meist nicht auf der Traumatisierung. Ob dieses Thema überhaupt in ein Arzt-Patienten-Gespräch gehört, ist von Fall zu Fall verschieden. Hier muss sich der Therapeut seiner eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusst sein, den Ansprüchen an das Gespräch und an eine adäquate Nähe-Distanz-Beziehung.

Hilfreich sind auch einige grundsätzliche Kenntnisse über Psychodynamik:

Gegenübertragungsphänomene: Die Persönlichkeit der Patienten löst beim Therapeuten unterschiedliche Gefühle aus. Dies ist ein völlig normaler Prozess. Besonders aber bei einem gestörten Nähe-Distanz-Verhalten werden auf beiden Seiten ambivalente Gefühle ausgelöst. Therapeuten sollten sich dessen bewusst sein, um die ausgelösten Gefühle nicht auszuagieren.

Gefühlter Druck durch den Patienten z. B. („Sie müssen mir helfen“, „ich brauche sofort ...“) führt oft zu Hilflosigkeit, aber auch zu Verärgerung seitens des Therapeuten. Es ist wichtig, sich dieses Prozesses bewusst zu sein, um nicht seinen eigenen Affekt auszuagieren.

Nonverbale Kommunikation

Ein Hauptaspekt für traumatisierte Patienten ist die nonverbale Kommunikation. Hieraus wird oft das Gefühl für Vertrauen und Sicherheit generiert. Da man nicht alles über den Patienten wissen kann, ist es vor allem wichtig, durch sein eigenes Handeln keine negativen Effekte auszulösen und Patienten eventuell sogar zu retraumatisieren.

In erster Linie sollte man sich bewusst sein, dass Akupunktur ein invasives Therapieverfahren ist.

1. Gerade bei traumatisierten Patienten sollte hierfür unbedingt das Einverständnis des Patienten bestehen. Die Notwendigkeit des Platzierens eines wichtigen Akupunkturpunktes wird im schlimmsten Fall durch eine erlebte Retraumatisierung des Patienten wieder zerstört.
2. Da viele Patienten mit sexuellem Missbrauch konfrontiert wurden und Probleme in der Nähe-Distanz haben, empfiehlt sich vor allem bei der ersten Behandlung vorsichtig zu sein und z. B. bei der Platzierung der Nadeln zu fragen, ob eine weitere Nadel platziert werden darf. Man sollte vermeiden, dass ein Gefühl des erneuten Ausgeliefertseins generiert wird.
3. Ein wichtiger Aspekt bei traumatisierten Patienten ist nicht nur das korrekte Platzieren der Nadeln, sondern der Aspekt der Kontrolle. Ein wichtiger Kontrollaspekt stellt die Wahl der Position des Patienten (Liegen oder Sitzen) und die Lokalisation der Nadeln dar: Nadeltherapie im Sitzen gibt Patienten das Gefühl, mehr Kontrolle zu haben. Auch sollte man sich fragen, ob es notwendig ist an allen Extremitäten Nadeln zu platzieren.
4. Ein anderer Aspekt ist der körperliche Kontakt des Therapeuten zum Patienten. Der Therapeut sollte sich jeder Geste, jeder Haltung im Raum klar sein, denn diese wird vom Patienten genau registriert.

Einige wichtige Aspekte sind hier: die Sicherheit des Therapeuten an sich. Der Therapeut sollte auch seine eigene Körperhaltung und auf Berührungen mit dem Patienten achten. Berührungen an sich können als angenehm oder unangenehm empfunden werden. Einige Patienten werden Berührungen als Schutz und sichere Geste verstehen, einige werden sich aber bedroht fühlen. Dieser Aspekt ist in der Regel kaum klärbar.

Hierzu einige Anregungen:

Ist es notwendig, sich über den Patienten zu beugen, wenn man schlecht an einen Punkt kommt?

Ist es notwendig den Patienten zu „fixieren“, z. B. Kopf festhalten, damit Patient sich nicht bewegt?

Ist es notwendig, den Kopf des Patienten zu drehen, Haare wegzustreichen,

Kleidung hochzuschieben oder kann das nicht besser dem Patienten überlassen werden?

Achten Sie auf die Bewegungen zum Patienten hin, Schnelligkeit, Ihre Körperhaltung bei der Arbeit.

Schwere Traumata mit Nähe-Distanz-Problematik

Für schwertraumatisierte Patienten eignet sich eine normale Körperakupunktur nicht immer. Schwierige Aspekte, zumindest zu Beginn, sind die langen Befragungen, ein Missverhältnis zwischen Kontrolle und Loslassen sowie überhöhte Erwartungen. Für diese Patienten eignet sich entweder ausschließlich oder zu Beginn z. B. die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll.

Das NADA-Protokoll

Das NADA-Protokoll ist ein standardisiertes Protokoll von fünf Punkten, die immer in der gleichen Reihenfolge gestochen werden. Die Behandlung findet in einem festen Ablauf statt. Sie kann im Liegen stattfinden, wird aber klassischerweise im Sitzen in der Gruppe am angezogenen Patienten ohne genaue Diagnosestellung durchgeführt.

» Für traumatisierte Patienten eignet sich dieses Verfahren oft sehr gut

Für traumatisierte Patienten ohne Vertrauen, oft mit erhöhter Schamproblematik, Problemen mit verbalen Therapieverfahren und Angst, eignet sich dieses Verfahren oft sehr gut. Die Patienten erleben hierbei Sicherheit durch ein festgelegtes Ritual, Nonverbalität und eine Kontrollierbarkeit. Es werden keine Ansprüche seitens der Therapeuten gestellt.

Auch Therapeuten, die unsicher sind mit der Thematik von Trauma und Borderlinestörungen, erleben Sicherheit durch eine klare Struktur und übertragen dieses Gefühl auf die Patienten.

Für Therapeuten, die mit dieser Methode vor allem im Gruppensetting arbeiten, sind die nonverbale Beziehung und die Wahrnehmung im Raum von entscheidender Bedeutung, da die Sicherheit, die der Therapeut hier ausstrahlt, von den anderen beobachtet wird.

Traumapatienten mit Komorbiditäten

Traumatisierte Menschen leiden oft an Depressionen und Suchterkrankungen. Bei der Behandlung von Suchterkrankung mit Akupunktur sollte dem Therapeuten bewusst sein, dass Suchtstoffe für Patienten oft primär stabilisierend sind. Daher nimmt der Patient ja die gesundheitsgefährdende Komponente in Kauf.

Als Akupunkteur empfiehlt es sich hierbei, nicht zu fordernd aufzutreten, die Bedürfnisse und die Ziele des Patienten zu eruieren. Hier muss der Therapeut seine eigene Haltung überprüfen. Die Forderung von Abstinenz bei der Kombination von Trauma und Sucht ist oft eher kontraproduktiv.

Die Forderung einiger Akupunkturprinzipien, z. B. Abstinenz zur besseren Sensitivität der Punkte, ist zwar fachlich korrekt. Leider kommt es hierbei oft zu Misserfolgslebnissen seitens des Therapeuten und des Patienten. Oft ist hier eine offener Haltung für beide Seiten viel Erfolg versprechender.

Wie oft bei Suchterkrankungen kommt es zu Rückfällen, welche als erneutes Scheitern erlebt werden und die depressive Symptomatik noch weiter verstärken können. Gelegentlich ist es sinnvoller je nach Stabilität des Patienten das Ziel der Abstinenz auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen.

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Akupunktur einen guten nonverbalen Zugang zu traumatisierten Patienten bietet, wenn verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien berücksichtigt werden.

Literatur

1. Beecher HK (1984) Die Placebowirkung als unspezifischer Wirkungsfaktor im Bereich der Krankheit und der Krankenbehandlung. In: *Placebo – das universelle Medikament?* Paul-Martini-Stiftung, Mainz, S 25–42
2. Beecher HK (1955) The powerful placebo. *JAMA* 159:1602–1606
3. Shapiro AK, Shapiro E (1997) *The powerful placebo: from ancient priest to modern physician.* Johns Hopkins University Press, Baltimore
4. Hein P (2013) *Das Geheimnis Therapeutischer Wirkung.* Auerverlag
5. Aronson J (1999) When I use a word ... Please, please me. *BMJ* 318:716
6. Dilling H, Freyberger HJ, WHO (2008) *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR*
7. Bandelow B et al (2017) Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *World J Biol Psychiatry* 18(3):162–214. <https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1190867>
8. Pitman RK, Rasmussen AM, Koenen Orr Gilbertson Milad KCLMSSPMWMMR (2016) Biological studies of posttraumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci* 13(11):769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
9. Pietrzak R et al (2013) Psychiatric Comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the united states: results from wave 2 of the national Epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 20(5):380–390. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820d92e7>

Korrespondenzadresse



Dr. med. Adriane Röbe
Praxisgemeinschaft Dres.
Röbe
Franziskanergasse 12 (in
der Klinik Vincentinum),
86152 Augsburg, Deutschland
a.roebe@praxis-roebe.de

Frau Dr. med. Adriane Röbe, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, Fähigkeitsausweis TCM (FMH-Schweiz). NADA-Ausbilderin, Vorstandsmitglied NADA-Schweiz. Aufbau von Akupunktur sowie Leitung eines komplementärmedizinischen Projekts in psychischen Kliniken in Oetwil am See und in St. Gallen, CH. Aktuell selbstständig in eigener Praxis mit Schwerpunkt Psychotherapie, Akupunktur und sozialmedizinische Begutachtung.

Einhaltung ethischer Richtlinien
Interessenkonflikt. A. Röbe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Lesen Sie die DZA online

SpringerMedizin.de bietet Ihnen Zugang zu allen elektronisch verfügbaren Ausgaben und dem CME-Angebot Ihrer Zeitschrift – unabhängig davon, seit wann Sie die Zeitschrift abonniert haben.

➤ So einfach erhalten Sie Zugang zum Online-Archiv:

Registrieren Sie sich einmalig auf www.springermedizin.de/register ← Geben Sie dabei Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) an.

Ihr Benutzername entspricht Ihrer E-Mail-Adresse, Ihr Passwort können Sie frei wählen und später jederzeit unter „Mein Profil“ ändern.

Falls Sie bereits ein (Print-) Abonnement bei uns haben, geben Sie bei der Registrierung die Lieferadresse Ihrer Zeitschrift an. Damit wird Ihr Abo-Zugang auf springermedizin.de freigeschaltet.

➤ Sind Sie bereits bei SpringerMedizin.de registriert?

Dann wird Ihr Zeitschriftenabonnement automatisch Ihrem Online-Nutzerkonto hinzugefügt. Sollten die Angaben Ihres Online-Accounts nicht eindeutig mit den Angaben Ihres Zeitschriften-Abonnements übereinstimmen, kann die Zuordnung nicht sicher erfolgen. In diesem Fall und bei allen anderen Fragen zum Online-Zugang kontaktieren Sie bitte unseren Kundenservice unter: Kundenservice@springermedizin.de

Telefonisch erreichen Sie die Hotline montags bis freitags von 9.00 bis 17.00

Uhr kostenfrei unter 0800-77 80 777 sowie gebührenpflichtig aus dem Ausland unter +49 30 884 293 600

Ralph Raben

Geschäftsstelle, NADA Deutsche Sektion e. V., Hamburg, Deutschland

NADA – der Wert des Nonverbalen

There are times when verbal interaction is trampling on the flowers.

Non-verbal treatment is important because no trust is needed at first.

Make people feel safe.

(Michael Smith, International NADA Conference „Tools for Hope“, 29.05.2015, Oslo)

Die Ärztin hatte keinen der 11 Teilnehmer, die heute auf ihre Behandlung warteten, nach ihren Beschwerden gefragt. „Guten Tag – sind Sie bereit?“ Dann setzte sie die typischen Ohrnadeln des NADA-Protokolls (NADA, National Acupuncture Detoxification Association). Manche waren schon oft hier, andere das erste Mal: Die Empfehlung kam von Leidensgenossen, von Ärzten, Beratungsstellen, einer Freundin oder dem Arbeitgeber. Im Laufe der nächsten zwei Stunden kamen Patienten dazu, suchten sich einen Platz und warteten auf die Behandlung. Manche hatten sich hier kennengelernt. Nach einer guten halben Stunde zogen sie sich die Ohrnadeln und gingen.

Jeder darf hierher zur Akupunktur kommen, montags und donnerstags, 17–19 Uhr.

Alle bekommen hier vor der ersten Akupunktur ein Infoblatt. Sie wissen, dass sie auch ein persönliches Gespräch haben können, wenn sie wollen, und dass sie für weitere Behandlungen willkommen sind.

Ins Gleichgewicht kommen

Wer hierher kommt, probiert etwas aus, obwohl er noch nicht vertraut, und er muss nicht gleich alles zur Sprache bringen: die Ängste, Beschwerden, die desolante Lebenssituation, sein Alkoholproblem, das, was ihn am meisten stresst und



Abb. 1 Akupunktur ist auch dann hilfreich, wenn der Patient über die Gründe seines Kommens nicht sprechen möchte oder kann. **a** Ohrakupunktur beidseits. **b** Jeder ist willkommen

an den Rand bringt. Traumatisierten hat es oft ohnehin „die Sprache verschlagen“. Am Anfang braucht er nur die Bereitschaft sich die Ohren behandeln zu lassen.

Die Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll zeigen: Akupunktur ist auch dann hilfreich, wenn der Patient die Gründe seines Kommens verschweigt oder aus Scham darüber nicht sprechen möchte oder einfach dazu noch nicht in der Lage ist (**Abb. 1**). Der Patient kann im Sitzen die Kontrolle behalten und in einer Gruppe sehen, wie die Behandlung auch bei anderen vor sich geht.

Das hilft mir

Hier föhl ich mich sicher

Ich konnte danach wieder schlafen

Viele Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie, Sucht- und Traumatherapie haben das NADA-Protokoll mit seinem speziellen Stil in ihr Therapiekonzept integriert,

ambulant und stationär. Auch Demenzpatienten in der Gerontopsychiatrie akzeptieren so eine Behandlung.

» Akupunktur hilft beiden: dem Patienten und dem Arzt/Therapeuten

Auf diese Weise hilft Akupunktur beiden: 1. Beim Patienten kann Vertrauen leichter entstehen, wenn er merkt, dass ihm geholfen wird, ohne dass er dafür etwas leisten muss: In seinem Inneren „leistet“ er womöglich bereits viel. Er föhlt sich ausgeglichener und stärker, vielleicht bereit für den nächsten Schritt in der Behandlung. 2. Für die Ärztin oder den Therapeuten: Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung (verbal, medizinisch, sogar opera-

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 37–38

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0141-4>

Online publiziert: 5. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Infobox 1

Am Freitag/Samstag, den 20./21.09.2019, veranstaltet die NADA Deutsche Sektion e.V. in Leipzig ein Symposium (Fachtagung) zum NADA-Protokoll mit dem Titel: „NADA – einfach und wirksam“ (siehe www.nada-akupunktur.de).

tiv) kann hinausgeschoben werden. Diese Beziehung kann sich ohne Druck und Konfrontation entwickeln. Ein wirkliches Gespräch also erst dann, wenn der Patient dafür offen ist oder danach fragt.

*Einfach und wirksam
Keep it simple!*

Nonverbal heißt nicht stumm zu bleiben; es meint eher, nicht so viele Worte in dieser Situation! Daher stellt man hier bewusst keine Fragen zur Leidensgeschichte, zu den gegenwärtigen Beschwerden, Gefühlen oder Problemen. Sogar die gut gemeinte Frage: „Wie geht es Ihnen?“, kann für den Patienten verhänglich sein. Noch einmal: Für den Anfang reicht die Bereitschaft des Patienten, sich jetzt und hier behandeln zu lassen. Alles andere kommt später. Auch das Vertrauen.

Ein respektvoller Umgang und eine einfache, sichere, ungefährliche Therapie ohne Kontraindikation sind für diese Situation ideal.

*Ich bin nicht mehr so aggressiv
Ich habe weniger Stress
Ich trinke weniger*

Auch im Gefängnis, dort, wo der Umgang der Gefangenen untereinander ruppig ist und mit den Beamten oft rau und konfrontativ, kann man mit diesem Behandlungsstil Zugang zu den oft psychisch und sozial schwer gestörten Gefangenen finden. Das Nonverbale zeigt seinen Wert auch bei Sprachbarrieren. Eine Arbeitsmedizinerin hatte herausgefunden, dass es auf den Stationen, wo Akupunktur angeboten wird, erstens weniger Körperverletzungen untereinander als vorher gegeben hatte und zweitens weniger Auseinandersetzungen mit dem Gefängnispersonal [1]. Im englischen Justizvollzug wird in allen 60 Anstalten das NADA-Protokoll angeboten [2]. Akupunktur kann zu Änderungen im Verhalten führen. Das ist noch etwas anderes als eine Linderung von Beschwerden.

Infobox 2 Informationsblatt für Patienten vor der Ohrakupunktur in 12 verschiedenen Sprachen,

- weitere Publikationen,
 - NADA-Übersetzungen
- bei www.nada-akupunktur.de.

*Zwei Katalysatoren für gute Medizin:
Neugier und Zuversicht*

Akupunktur kann noch auf einer anderen Ebene für beide hilfreich sein.

1. Wenn ein Patient merkt, dass eine derart einfache Behandlung in ihm spürbare körperliche und geistige Bewegungen auslöst, gibt ihm das die Zuversicht, dass sich doch noch etwas ändern kann: „Ich bin intakt.“ „Ich bin etwas wert.“ Er kann mehr aushalten: sich selbst und andere und eventuell auch eine Therapie.
2. Wenn wir als akupunktierende Ärzte/Therapeuten öfter miterleben, dass eine derart einfache Behandlung gute Effekte verursachen kann, ohne jemals zu schaden, werden auch wir zuversichtlicher sein und eher auf die Fähigkeiten vertrauen, die in unseren Patienten stecken. Wir sind gespannt und bleiben neugierig, was sich bei dem Patienten ändert.

Literatur

1. pers. Mitteilung: Dr. Thiele, Arbeitsmedizinischer Dienst der Stadt Hamburg, 2002
2. pers. Mitteilung: Rachel Peckham, NADA-Board England, 2018

Korrespondenzadresse



Dr. med. Ralph Raben
Geschäftsstelle,
NADA Deutsche Sektion e.V.
Eiffler Str. 3, 22769 Hamburg,
Deutschland
rraben@nada-akupunktur.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Raben gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ralph Raben ist Dozent und Vorsitzender der NADA – Deutsche Sektion

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.



© Marion Rauter

Marion Rauter: „Martin Luther King’s Rede berührt auch heute noch. Er hatte die Gabe und den Mut entgegen seiner Berater, Eros’ sprechen zu lassen. Mit ihm fand er Worte, die tiefer und echter sind als es unser Logos (Verstand) es jemals vermag“

Elisabeth Friedrichs
Augsburg, Deutschland

NADA-Akupunktur in der Arbeit mit Flüchtlingen

Vorbemerkung

Seit vielen Jahren kümmern sich in Augsburg Einrichtungen und Vereine um einen würdigen Umgang mit Flüchtlingen. Im Sommer 2015 kamen durch den damals stattfindenden großen Flüchtlingsstrom aus Krieg und Gewalt neue Herausforderungen hinzu, auch aus dem medizinischen Bereich. Viele der Geflüchteten hatten Traumata erlitten und es stellte sich die Frage nach raschen Therapiemöglichkeiten. Angebote im Bereich der Traumatherapie waren nicht ausreichend vorhanden – trotz Erweiterung der Tätigkeiten z. B. durch den Verein Refugio/HiFF (Hilfsnetzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge), der Psychotherapeutischen Gesellschaft Augsburg sowie das „Traumanetzwerk Augsburg/Schwaben“ und Homöopathen ohne Grenzen.

NADA und Flüchtlinge allgemein

Weltweit liegen Berichte über positive Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll (NADA, National Acupuncture Detoxification Association) in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen vor [1–3]. So berichtet Yarberry aus einem Flüchtlingscamp in Kenia, in dem Geflüchtete aus unterschiedlichen Regionen lebten: Als Ergebnis der Anwendung des NADA-Protokolls haben bei denjenigen, die sich damit behandeln ließen, das Vertrauen untereinander zu- und Aggressionshandlungen abgenommen. Schlafprobleme einschließlich Alpträume seien weniger geworden, Bettnässen bei Kindern ebenso [1].

Das NADA-Protokoll ist einfach und flexibel in der Anwendung und es kann bei vielen gleichzeitig angewandt werden. Zudem kann es mit nahezu allen anderen Therapien kombiniert werden. Es beste-



Abb. 1 Jeden Mittwoch um 18:45 Uhr findet im „Grandhotel Cosmopolis“ eine NADA-Behandlung in einer offenen Gruppe statt

hen keine Kontraindikationen. Als nahezu nonverbale Therapie eignet NADA sich auch für Personen, die (noch) nicht offen für eine verbale Behandlung sind, bei Sprach- und kulturellen Barrieren oder Vorbehalten gegenüber einer Psychotherapie. Hinzu kommt: Wenn Traumatisierte Erlebtes erneut schildern (müssen), sei es in einer Anhörung wegen ihres Aufenthaltsstatus oder aber in einer nicht nach Regeln der Traumatherapie durchgeführten Psychotherapie, kann dies zu einer Retraumatisierung beitragen. Zudem kann NADA als Überbrückung eingesetzt werden, wenn kein Platz für eine Psychotherapie bei einem Traumatherapeuten zur Verfügung steht oder aber die Finanzierung dieser Therapie (noch) nicht geklärt ist, wie es in den Jahren 2015–2016 häufig der Fall war.

NADA-Akupunktur mit Flüchtlingen in Augsburg

Aufgrund all dieser Überlegungen und aus dem Wunsch heraus, Hilfe zu leisten,

wurde aus dem Ärztlichen Qualitätszirkel Akupunktur Augsburg/Schwaben eine NADA-Ausbildung in Augsburg organisiert und so konnte Anfang 2016 mit der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll begonnen werden. NADA-Akupunktur wird inzwischen in einigen Praxen und sozialen Einrichtungen angeboten. Als Behandlungsort für eine offene Gruppe für Flüchtlinge wurde das „Grandhotel Cosmopolis“ (s. Infobox) gewählt, das sich als Begegnungsraum für Künstler, Geflüchtete sowie auch als Hotel versteht und von jedermann gut erreichbar sowie offen zugänglich ist. Jeden Mittwoch um 18:45 Uhr findet seitdem dort eine NADA-Behandlung in einer offenen Gruppe statt, anfangs nur für Flüchtlinge, inzwischen ist die Gruppe offen für jedermann (**Abb. 1**).

Dieses Angebot wurde und wird wahrgenommen und unterschiedlich genutzt. Von Beginn 2016 bis Mitte 2018 bewegte sich die Zahl der Teilnehmenden meist zwischen 5 und 12, manchmal weniger.

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 39–42

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0142-3>

Online publiziert: 6. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

2016 und 2017 kamen oft minderjährige Flüchtlinge, meist zusammen mit ihren Betreuern oder ihren Lehrern, nicht immer zu mehreren Terminen, oft kamen sie vor einer Prüfung. Auch Menschen ohne Migrationshintergrund nahmen teil, einige ganz regelmäßig. Alle Teilnehmenden berichteten von einem Gefühl des geschützten Raums. Es wurden besserer Schlaf und insgesamt mehr Ruhe angegeben. Eine Teilnehmerin berichtete, dass die NADA-Akupunktursitzungen ihr über das letzte Jahr sehr geholfen haben. Sie hatte ihre Arbeit verloren und ihre Beziehung war in die Brüche gegangen. NADA habe ihr Stabilität gegeben und sei zu einem festen Bestandteil in ihrem Leben geworden.

Einige wenige schauten nur zu oder baten, die Akupunktursitzung früher zu beenden. Bei einem Teilnehmer trat ein Backlash auf: „Alte Gedanken, alte Schmerzen kommen hoch.“ Die Situation ließ sich auffangen und regeln, auch durch unsere Vernetzung mit Traumatherapeuten. Wenig Probleme gab es mit der gemeinsamen Teilnahme von Männern und Frauen, Frauen mit Kopftuch ließen sich – unter Wahrung der Diskretion – auch unter Anwesenheit von Männern im Raum behandeln.

» Wir hatten auf mehr und regelmäßigerer Teilnahme und weniger Fluktuation gehofft

Wir hatten auf mehr und regelmäßigerer Teilnahme und weniger Fluktuation in dieser offenen Gruppe gehofft. Eine fundierte Aussage über die Effekte, die Wirksamkeit und Akzeptanz sowie die Ursachen der wechselnden Teilnehmerzahl ist nicht möglich, wir haben mündliche Berichte von wechselnd Teilnehmenden und auch das nur ungenau. Da es sich um eine offene Gruppe handelt, gehen die Teilnehmer nach Ende der Sitzung sofort wieder. Zudem herrscht bei der Sitzung selbst Schweigen.

Hier ein paar Überlegungen, wieso die Fluktuation zumindest bis Sommer 2018 sehr hoch und die Teilnehmerzahl sehr unterschiedlich war:

- Viele Flüchtlinge suchen nach Normalität und nicht nach „alternativen“ Heil-

verfahren an einem „alternativen“ Ort (das sog. Grandhotel). Insbesondere Geflüchtete aus Syrien mit gutem Bildungsniveau hatten hier Bedenken.

- Während des Ramadan war die Zahl der Teilnehmenden besonders niedrig. Dies lag nicht nur an der Anstrengung des Fastens tagsüber. Einige äußerten Bedenken, weil insbesondere durch die Ohrpflaster ein Teil der Körperoberfläche nicht mit Wasser in Berührung kommen kann, was ihren Vorstellungen von Reinheit während der Zeit des Ramadans widersprach.
- Die Therapie erfordert bei unbegleiteten Minderjährigen das Einverständnis der Erziehungsberechtigten bzw. des Vormunds. Das war nicht immer gegeben.

Nachdem im Sommer die Teilnehmerzahl im Grandhotel Cosmopolis immer weiter abnahm, wurde überlegt, das Angebot der offenen Gruppe zu beenden. Denn viele Geflüchtete sind inzwischen in Deutschland „angekommen“, sie sind inzwischen in Arbeit und damit normal krankenversichert. Es gibt mehr Erfahrung im Umgang mit den Regeln der medizinischen Versorgung einschließlich der Psychotherapie. Einige haben Familien gegründet. Wenn therapeutische Notwendigkeiten bestehen, können sie eher individuell gelöst werden, auch in Ergänzung zu NADA.

Für viele Menschen dagegen, bei denen nicht klar ist, ob sie in Deutschland bleiben dürfen, wird es zunehmend unmöglich, in Deutschland Wurzeln zu fassen. Eine (begründete) Angst vor Abschiebung ist inzwischen ein wesentliches Therapiehindernis, so berichten erfahrene Traumatherapeuten. Die Erkrankung Posttraumatische Stress Disorder (PTSD) aus Erlebnissen in der Heimat oder auf dem Fluchtweg wird neu gefüttert durch neu erlebte oder erwartete Traumata in dem Land, in dem sie sich Zuflucht erhofften. Dies belastet auch viele, die beruflich in diesem Bereich tätig sind.

Seit September 2018 kommen jetzt zu den offenen Gruppensitzungen konstant mindestens 10 Personen, nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern wesentlich aus einem Personenkreis, der mit dem Thema „Migration“ beruflich zu tun hat, andere aus sozialen Berufen. Die meisten kommen regelmäßig, es besteht also auch in diesem Personenkreis ein Bedürfnis nach dieser niederschweligen Therapie.

Infobox NADA-Ausbildungskurs 2019 in Augsburg

In Augsburg ist 2019 ein neuer NADA-Ausbildungszyklus (Zwei Wochenenden) in Absprache mit der NADA geplant. Interessierte (nicht nur Ärztinnen/Ärzte) können sich an Elisabeth Friedrichs wenden (elfrieda@aol.com)

Aus dem offenen NADA-Projekt im Grandhotel Cosmopolis ist noch ein weiteres Projekt hervorgegangen. Im Zentrum für Aids-Arbeit Schwaben (ZAS) trifft sich einmal pro Monat die Gruppe „Männerrundheit“. In regelmäßigen Abständen findet dort nun auch NADA-Akupunktur für diesen Personenkreis statt. Es kommen etwa 6 bis 10 Personen. Sie sind aufgrund der modernen HIV-Therapie nicht mehr infektiös, erleben dennoch viel Diskriminierung. Den therapeutischen Grundsatz von NADA: „Alle bekommen das Gleiche“, empfinden sie als besonders unterstützend und hilfreich. Migranten befinden sich in der Gruppe „Männerrundheit“ derzeit nicht, obwohl diese eine Klientel des Zentrums für Aids-Arbeit Schwaben darstellen. Das könnte sich ggf. noch ändern.

NADA mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Stuttgart

Dr. Ursula Wendling, Schmerztherapeutin in Stuttgart, berichtet über ihre Erfahrungen mit der Anwendung des NADA-Protokolls bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen aus Afghanistan. Es handelte sich um eine geschlossene Gruppe, im Unterschied zu dem offenen Angebot in Augsburg:

Über einen persönlichen Kontakt entstand die Idee, ob die NADA-Ohrakupunktur für die „Jungs“ bzw. Jugendlichen eingesetzt werden könnte, die sich schlecht aufs Lernen konzentrieren können, Konzentrations- und Schlafprobleme haben ... Ab Mitte Januar 2017 fand mittwochs zu der von den Jugendlichen als günstig bezeichneten Zeit (alle sind vom Unterricht zurück, Nachmittagstermine fangen später an) ... Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll statt, 7 x in wöchentlichem Abstand, dann 2 Wochen Pause wegen Urlaubs, danach noch 2 x, das letzte Mal als Abschlussrunde ... Bei der 1. Sitzung ließen sich 8 Teilnehmer akupunktieren, 6 UMA und 2 Betreuer/innen. Bei den übrigen Sitzungen wurden jeweils 1–3 UMA

akupunktiert und 0–3 Betreuer/innen. Wir konnten uns gut in deutscher Sprache (und nonverbal) verständigen. Musikalische Untermalung – Entspannungsmusik von Youtube oder CDs mit Instrumentalmusik von Bach oder Satie – war willkommen.

Gleich kam die Rückmeldung, dass der Schmerz sehr erträglich sei – „es tut viel weniger weh als Tätowieren“ – und dass sie die Ohrakupunktur als angenehm und entspannend empfanden. Bei den nächsten Sitzungen kamen Rückmeldungen, dass Wirkungen zu spüren waren, v. a. besserer Schlaf. Schwierig war es für die Jungs, sich 30 min ruhig zu verhalten, ohne sich mit dem Smartphone zu beschäftigen. Auch genügte es, wenn die Nadeln 20–25 min im Ohr waren. Schon bei der Informationssitzung hatten sie geäußert, dass ich die Nadeln herausziehen sollte, was ich dann auch tat ... Vor der letzten Sitzung und Abschlussrunde wurde folgender Fragebogen an die Jugendlichen verteilt, sechs beantworteten ihn (einer hatte sich gar nicht akupunktieren lassen¹; **Tab. 1**).

Zur Abschlusssitzung kamen 6 Teilnehmer, davon 2 Sozialarbeiter/innen, 1 UMA zur Akupunktur. Die Jugendlichen äußerten sich positiv, dass sich mit Hilfe der Ohrakupunktur bei ihnen etwas verbessert habe. Auch die Sozialarbeiter/innen fanden, die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll sei für die „Jungs“ sehr hilfreich gewesen.

Auch in Stuttgart findet weiterhin ein Angebot mit NADA-Akupunktur für Flüchtlinge statt.

Grenzen der NADA-Behandlung

Akupunkturbehandlung nach dem NADA-Protokoll versteht sich nicht als Ersatz für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung und wird auch nicht als solche gelehrt. Die NADA-Akupunktur als alleinige Behandlung für psychische Erkrankungen wie PTSD, Burnout, Depression, Angststörung kann keinesfalls ausreichend sein. Die allgemeine Erfahrung mit dem NADA-Protokoll ist, dass die Behandlung v. a. schwierige und verschlossene Patienten für weitergehende individuelle Diagnostik und Therapien öffnet und diese unterstützt (vgl. hierzu auch [4]).

Hierzu ein Fallbeispiel aus Augsburg: Herr M., ein junger Mann, hat ein gesichertes Aufenthaltsrecht in Deutschland und geht einer geregelten Arbeit nach. Er flüchtete vor 8 Jahren allein nach Deutschland. Er wohnte außerhalb von Augsburg

Tab. 1 Fragen zur NADA-Ohrakupunktur: Wie hat sie gewirkt?

Frage	Antwort	
	Ja	Nein
Ich war weniger gestresst	5	2
Ich konnte früher einschlafen	6	1
Besser durchschlafen	3	4
Ich konnte besser lernen, mich besser konzentrieren	3	4
Ich habe mich körperlich besser gefühlt (weniger Kopf-, Magenschmerzen)	1	5 (1 × ?)
Eigene Bemerkungen	(Z. B.: Kopf war ruhiger, gutes Gefühl, es tat weh, 30 min waren zu lange ...) „Die Akupunktur war angenehm. Es hat sich gesund angefühlt“ „Es hat sich für mich sehr gut angefühlt“	

und kam anfangs häufig zu den NADA-Sitzungen, brachte auch andere vor allem junge Leute mit, um die er sich rührend kümmerte. Bei diesen Sitzungen konnte er – im Gegensatz zu zu Hause – immer 30 min gut schlafen. Nach einigen NADA-Sitzungen entschied er sich für eine individuelle therapeutische Behandlung in meiner Praxis. Dort schilderte er etwas ausführlicher sein Leid: Er könne zu Hause nicht schlafen, da er das Gefühl habe, dauernd beobachtet und verfolgt und in seiner Wohnung auch misshandelt zu werden, wenn er schlafe. Er habe deshalb schon Überwachungskameras eingerichtet. Laut Lehrbuch würde man das als einen Verfolgungswahn bezeichnen (Paranoia). Er war bereits in psychiatrischer Behandlung, empfand sich jedoch bei Einnahme der Medikation als nicht mehr sein eigenes Wesen und hat daher – im Einvernehmen mit der Psychiaterin – die Psychotherapeutika abgesetzt, obwohl ihm wie auch der Psychiaterin klar war, dass sein Leben damit eher schwerer würde.

» Die Behandlung öffnet verschlossene Patienten für weitere Diagnostik und Therapien

Betrachtet man nun, was er von seiner Lebensgeschichte erzählt, so lässt sich vermuten, dass dem „Wahn“ einer Verfolgung ein Pendant von real Erlebtem entspricht. Er schildert Erlebtes und er-

gänzt, im Grunde sei dies alles aber nicht schlimm gewesen.

Zu Hause sei er stark gewesen, habe alles im Griff gehabt. Sein derzeitiges Leiden habe mit dem damals Erlebten nichts zu tun. Jetzt sei er jedoch schwach und eigentlich kein richtiger Mann mehr. In seinem Heimatland musste er bereits im Alter von 12 Jahren, nach dem Tod seines Vaters, auf dem Land die Verantwortung für die Familie übernehmen. Er wurde sehr früh verheiratet. Herr M. musste als Kind Massaker mit ansehen. Im Dorf seien Menschen öffentlich aufgehängt worden, die Leichen hätten tagelang gehangen. Menschen seien in den Häusern misshandelt worden. Über ihm angetane persönlichen Misshandlungen sagt er, da sei nichts gewesen. Nachdem er sich in Deutschland von Männern nicht gerne berühren lässt und auch in der Therapie eher Frauen bevorzugt („Männern kann ich nicht trauen“), auch zu keiner Gruppentherapie mit Männern zu bewegen ist, ist es durchaus denkbar, dass er als Kind Misshandlungen, Übergriffen bis hin zu Missbrauch von Männern ausgesetzt war. Berichtet hat er hiervon nichts.

Herr M. hat im weiteren Verlauf eine individuelle Akupunkturbehandlung erhalten unter Einbeziehung der Punkte aus dem NADA-Protokoll. Er fasste zur behandelnden Ärztin Vertrauen. Als seine gesundheitliche Situation sich dadurch jedoch nicht besserte, wurde im Einverständnis mit dem Patienten der Kontakt mit der Psychiaterin in Angriff genommen, die ihn von früher kannte. Vielleicht war die Behandlung mit NADA ein notwendiger Zwischenschritt für ihn.

Infobox Das „Grandhotel Cosmopolis“ in Augsburg

Ein leer stehendes Altenheim in der Augsburger Altstadt wird zur Verhandlungszone für die Anerkennung einer kosmopolitischen Wirklichkeit in unserer Gesellschaft. Was anfangs eine kühne Idee war, wächst tagtäglich und wirkt weit über die Hausmauern hinaus.

Die *Soziale Plastik* schafft Lebensräume: Nicht nur für 65 Menschen, die als Asylbewerberinnen bezeichnet und der integrierten Flüchtlingsunterkunft von der Landesregierung zugeteilt werden. Für Gäste in 16 von Expertinnen individuell gestalteten Hotel- und Hostelzimmern, für die Zusammenarbeit in offenen Lernwerkstätten und interdisziplinär genutzten Ateliers. Als Bühne für das Zusammenspiel aller künstlerischen Ausdrucksformen. Als interkultureller Treffpunkt in der Cafébar, als kosmopolitisch organisierter Küchenbetrieb mit wachsendem Formatkatalog und als Lobby für Reisende aller Art.

Derzeit läuft ein Spendenaufruf zur Rettung des Grandhotels. Gependet werden kann an:

Kto.-Nr.: 250 780 129

BLZ: 720 50 000 bei der Stadtsparkasse Augsburg

IBAN: DE85 7205 0000 0250 7801 29

SWIFT-BIC: AUGSDE77XXX

Quelle: <https://grandhotel-cosmopolis.org/de/> (aufgerufen am 05.12.2018)

Literatur

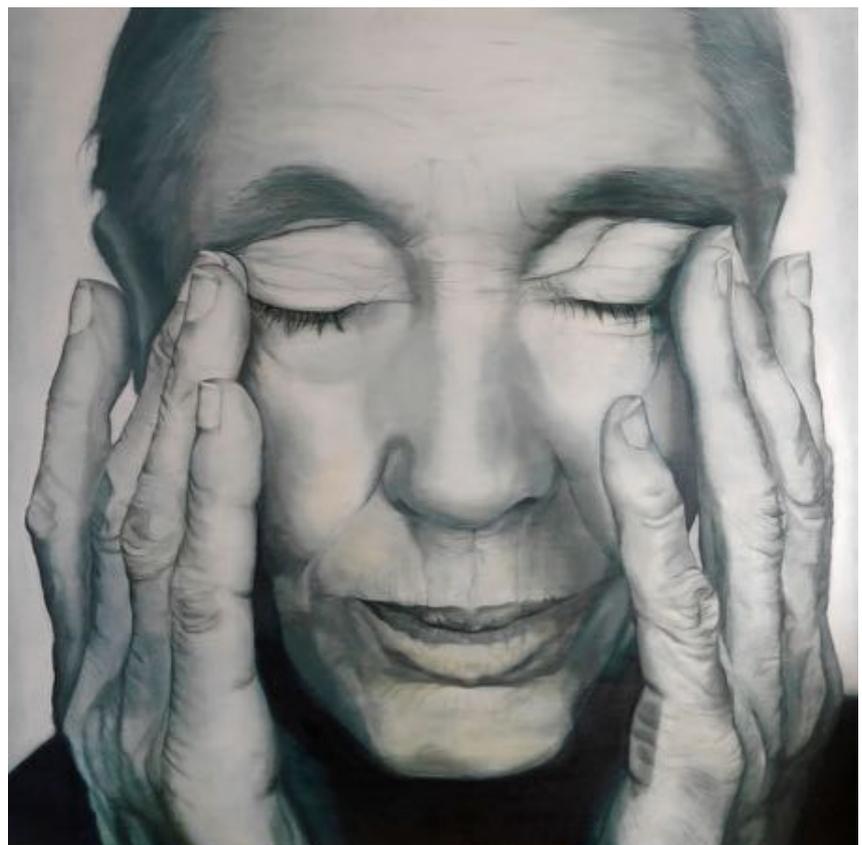
1. Yarberry M (2010) The Use of the NADA-Protocol for PTSD in Kenya. *Dtsch Z Akupunktur* 53(4):6–11
2. Pimental-Paredes J (2010) Medizinische Hilfe für die Opfer des Taifuns „Ondoy“. *Dtsch Z Akupunktur* 53(3):45–46. <https://doi.org/10.1016/j.dza.2010.07.008>
3. Cole B, Yarberry M (2011) NADA training provides PTSD relief in Haiti. *Dtsch Z Akupunktur* 53(1):21–24
4. Ots T (2017) Das NADA-Protokoll in Sucht und Psyche. Übersicht und Definition der nächsten Forschungsaufgaben. *Dtsch Z Akupunktur* 60(1):16–21

Korrespondenzadresse

Dr. med. Elisabeth Friedrichs
Wallgauer Weg 13f, 86163 Augsburg, Deutschland
elfriedaug@aol.com

Einhaltung ethischer Richtlinien
Interessenkonflikt. E. Friedrichs gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.



© Marion Rauter

Marion Rauter: „Jane Goodall gehört zu den berühmtesten Primatenforscherinnen des 20. Jahrhunderts. Ihre Erkenntnisse über das menschliche Verhalten von Schimpansen waren bahnbrechend. Sie hat ihr Leben in den Dienst des Umweltschutzes gestellt: Es ist 5 min nach 12! Aber es gibt Hoffnung! Das Bild wurde auch von Jane Goodall signiert und der Erlös kam zu 100 % der Goodall Foundation zu Gute“

Sigrid Schönegger MSc

Psychosoziales Zentrum Leibnitz, Leibnitz, Österreich

NADA im Psychosozialen Dienst Leibnitz

Behandlung von Stress, Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung

Einleitung

Die NADA-Ohrakupunktur und die NADA-Ohrakupressur (NADA, National Acupuncture Detoxification Association) werden als äußerst erfolgreiche Behandlung für eine Vielzahl von psychischen und psychiatrischen Symptomen angesehen. NADA-Therapeuten behandeln ihre Klienten ambulant und auch zu Hause in den eigenen Räumlichkeiten. Die Behandlung wird als sehr effektiv und angenehm erlebt. Es gibt eine Reihe von Symptomen, die sich verbessern können, dennoch bleibt das Stärker-und-sicherer-Werden im Vordergrund.

Im Psychosozialen Dienst (PSD) Leibnitz in der Südsteiermark wird die NADA-Ohrakupunktur seit 2012 angeboten. Zu Beginn fand dies ausschließlich in der Beratungsstelle statt, mittlerweile jedoch in allen Bereichen: der mobilen sozialpsychiatrischen Betreuung in zwei Tagesstruktureinrichtungen, im betreuten Wohnen (Vollzeit und Teilzeit) und im Kinder- und Jugendbereich. Seit 2013 wenden wir neben der NADA-Akupunktur auch NADA-Ohrakupressur mittels Magnetpflaster erfolgreich an.

» Die Angebote richten sich an Menschen mit psychischen und sozialen Fragestellungen

Im Jahre 2017 wurden alleine in der Beratungsstelle 1401-mal Klienten genadelt und 1001-mal Klienten gepflastert.

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 43–44

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0147-y>

Online publiziert: 29. Januar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Die Dienstleistungsangebote im PSD Leibnitz richten sich an Menschen mit psychischen und sozialen Fragestellungen sowie an deren Angehörige. Die meisten Klienten leiden unter psychiatrischen Erkrankungen bzw. an persönlichen Krisen. Viele weitere Klienten suchen uns nach akuten Belastungsstörungen sowie akuten und chronischen Traumatisierungen auf.

Unsere NADA-Therapeuten kommen aus unterschiedlichen Professionen (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen und Psychotherapeuten). In Österreich ist aufgrund der gesetzlichen Situation die NADA-Akupunktur ausschließlich dem ärztlichen und pflegerischen Personal vorbehalten.

NADA ist eine komplementäre Therapie

Die NADA-Intervention ist neben all den anderen Behandlungsmethoden (regelmäßige Psychotherapie, psychologische Gespräche, medikamentöse Therapie und andere gruppentherapeutische Angebote) als eine komplementäre und integrative Methode zu verstehen.

Alle NADA-Gruppen werden nach dem ursprünglichen NADA-Protokoll von Michael Smith durchgeführt. Es werden wöchentliche NADA-Sitzungen angeboten. Die Gruppengröße umfasst je nach Einrichtung 5 bis 15 Teilnehmer. Eine Gruppensitzung, unabhängig ob es sich um Akupunktur oder Akupressur handelt, dauert 40–45 min.

Den Klienten wird sehr genau in der Einführung erklärt, was NADA bedeutet und was durch diese Behandlung erreicht werden kann. Unsere Überzeugungsarbeit fällt nicht schwer, denn jeder möchte gerne stärker, stabiler und sicherer werden.

Großes Augenmerk legen wir bei der Aufklärung auf den sogenannten NADA-Spirit.

„NADA fügt dem *empowerment* als sozialer Größe noch eine weitere Facette hinzu: das eigenleibliche Spüren, das sich Wahrnehmen als Baustein eines neuen Selbstbewusstseins. Nicht: ich bin wer, sondern ganz basal: Ich bin, ich leibe. Diese Phänomenologie der Wahrnehmung lässt wachsen, führt zu einem neuen Selbstbewusstsein, führt zum Bewusstsein, dass die Hilfe nicht primär von außen kommt. Dem Therapeuten kommt bei psychischen bzw. Abhängigkeitserkrankungen nur die Aufgabe des ‚Beraters und Entwicklungshelfers zu“ [1].

Das Prozedere

Zu Beginn der Therapie fällt es vielen Patienten schwer, mit den jeweils 5 Nadeln bzw. 4 Pflastern in Ruhe zu sitzen, die anderen Menschen im Raum auszuhalten, die Stille zu ertragen, die Regungen im Körper wahrzunehmen und diese zu spüren. Es ist beobachtbar, wie den Klienten dies von Woche zu Woche besser gelingt. So erleben die Klienten die NADA-Ohrakupunktur bzw. die NADA-Ohrakupressur als hilfreiche Möglichkeit, besser durch den Alltag zu kommen, Situationen besser aushalten zu können, sicherer und stabiler zu werden.

Ich weiß nicht, was es ist, aber ich weiß, dass da was ist, das mir hilft. Ich fühle mich besser und das zählt!

Nach der Behandlung nutzen viele Patienten den vor dem Behandlungsraum angebotenen NADA-Tee zum Gedankenaustausch oder auch nur, um diesen zu genießen.

Bei akut traumatisierten Patienten, aber auch bei Klienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wo die Traumatisierungen schon Jahre zurückliegen, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die nonverbale und nonkonfrontative Begegnung durch das

NADA-Protokoll sehr unterstützend und hilfreich sein kann. So kann es gelingen, dass akut oder chronisch traumatisierte Menschen zu Beginn nicht über das Geschehene, belastende Ereignis reden müssen und trotzdem eine Behandlung bekommen.

Einmal in der Woche nehme ich mir meine Auszeit – NADA-Zeit!

Für diese Betroffenen wird NADA zunächst auch im Einzelsetting angeboten, denn nachdem sich der Traumatisierte in einer generell hohen vegetativen Spannung, d. h. in einer Übererregung befindet, könnte das Gruppensetting ein „zu viel“ bedeuten. Es ist allerdings auch bei traumatisierten Klienten das Ziel, dass sie nach einiger Zeit, dann, wenn sie durch die NADA-Therapie und andere therapeutischen Maßnahmen stabiler und sicherer geworden sind, am Gruppensetting teilnehmen können. Ebenso kann die NADA-Ohrakupunktur nach konfrontierenden therapeutischen Interventionen in der Traumatherapie als unterstützende Maßnahme zur Stabilisierung eingesetzt werden.

„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 Erinnerungen initiiert werden kann, die danach eigen-dynamisch abläuft“ [2].

Nadeln oder Magnetpflaster?

Meist können sich die zu behandelnden Klienten selbst gut einschätzen, ob sie lieber genadelt oder gepflastert werden möchten. Erst durch die NADA-Ohrakupressur braucht niemand mehr auf die NADA-Intervention zu verzichten. Zu Beginn gab es Meinungen, dass die NADA-Ohrakupressur weniger hilfreich als die NADA-Ohrakupunktur sei. Mittlerweile sind unsere Klienten wie auch wir Therapeuten der Meinung, dass beide Methoden gleichwertig sind. Der Nachteil der Magnetpflaster – die weniger akute und weniger intensive Wirkung – wird durch ihre längere Verweildauer ausgeglichen. Weiter haben die Klienten mit Magnetpflastern die Möglichkeit, die Magnet-

pflaster in z. B. angstbesetzten Situationen oder bei Schlafstörungen zu stimulieren, um sich wieder ruhiger und sicherer zu fühlen bzw. besser schlafen zu können. Dies wird von den Klienten genau so beschrieben.

Jetzt habe ich immer etwas bei mir, das mir hilft, ich kann, wenn ich die Angst in mir spüre, meine Magnetpflaster stimulieren und schon erinnere ich mich wieder daran, dass ich stark bin!

Endlich kann ich, dank NADA wieder gut schlafen.

Ich habe endlich wieder mehr Kraft!

Die mobile Einsatzmöglichkeit von NADA

Klienten, die nicht in die Beratungsstelle kommen können, brauchen nicht auf die NADA-Behandlung zu verzichten, denn die Kollegen des mobilen sozialpsychiatrischen Teams nadeln bzw. pflastern auch zu Hause. Somit kann diese Intervention in der vertrauten Umgebung in den eigenen vier Wänden ebenso sehr erfolgreich durchgeführt werden. Die Klienten richten sich schon ihren Platz, wo sie in Ruhe sitzen können. Wenn Angehörige vor Ort sind, werden diese gebeten, den Raum zu verlassen, oder werden in Ausnahmen auch mitbehandelt. Der NADA-Therapeut beobachtet, dass das Auf-sich-Beziehen, die Zentrierung oder mit anderen Worten: das meditative Erleben, sich zu spüren und zu erfahren, dieser wichtige Baustein für den Heilungsprozess zu Hause ebenso gelingt. Es ist natürlich immer unser Ziel, dass alle Klienten die NADA-Behandlung in der Gruppe erleben können, aber genauso ist es unser Ziel, allen Klienten, die die NADA-Behandlung bekommen möchten, diese auch zu ermöglichen, und so ist es den Kollegen zu verdanken, dass sie NADA auch mobil anbieten.

Mein Platz, an dem ich sitze, wenn mein NADA-Therapeut kommt, ist auch sonst der Platz, wo ich nun gelernt habe, mich zu erholen und mich zu entspannen. Mit Nadeln und Pflastern geht es besser, aber auch ohne getraue ich mich nun mich zu entspannen!

Im PSD Leibnitz werden wir weiterhin versuchen so niederschwellig wie möglich, vielen Menschen diese einzigartige Intervention zukommen zu lassen, egal

ob mit Nadeln oder Pflastern, unsere Erfahrung hat gezeigt, NADA wirkt!

Literatur

1. Ots T (2013) Leib und Empowerment. Dtsch Z Akupunktur 56(2):34–35
2. Hase M, Balmaceda UM (2015) Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Dtsch Z Akupunktur 58(1):6–9

Korrespondenzadresse

Sigrid Schönegger MSc
Psychosoziales Zentrum Leibnitz
Wagnastraße 1/1, 8430 Leibnitz, Österreich
sigrid.schoenegger@aon.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Schönegger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Alexandra Knauer
Wien, Österreich

Kraft durch Ernährung bei Stress

Einleitung

Manche Personen finden in Stressphasen kaum Zeit für die Nahrungsaufnahme, andere greifen bei Stress am liebsten zu ungesunden Lebensmitteln oder essen ununterbrochen, um ihre „Nerven zu beruhigen“. Wir beobachten sowohl verschiedene Stresszustände als auch individuelle Adaptationsmöglichkeiten. So zeigen sich unter Stress auch Auswirkungen auf unser Ernährungsverhalten. Zugleich bildet die richtige Ernährung die Grundlage für eine gesunde Konstitution und ist Voraussetzung dafür, regenerieren zu können.

» Die Anpassung bei Stress lässt sich in drei Phasen gliedern

Die Anpassung bei Stress lässt sich in 3 große Phasen gliedern. Es wird dargestellt, welche Symptome sich in den verschiedenen Stressphasen zeigen und welchen TCM-Syndromen dies entspricht [1]. Gemäß den diätetischen Richtlinien der TCM werden die passenden Ernährungsempfehlungen angeführt.

Stresskonzept nach Selye

Als Erklärungsmodell dient das Stresskonzept Allgemeines Anpassungssyndrom (AAS, synonym Adaptationssyndrom, Selye-Syndrom, engl. „general adaption syndrome“) nach Hans Selye [2]. Stress kann eine Belastung psychischer, physikalischer, chemischer und thermischer Natur sein und führt zu einer generellen Antwort, die in drei Phasen ablaufen kann (Abb. 1).

Die Alarmreaktion dient der Überwindung einer akuten Herausforderung.

Im Stadium des Widerstandes bzw. der Anpassung werden in der Nebenniere vermehrt Katecholamine und Corticosteroide synthetisiert, um den Anforderungen gewachsen zu sein. Daraus ergeben sich Veränderungen im gesamten hormonalen und vegetativen System.

Hält diese Widerstandsphase zu lange an, kommt es zur Erschöpfung der Nebennieren (Stadium der Erschöpfung).

Alarmphase

Bei akutem Stress (Alarmphase) zeigen sich Symptome wie erhöhte Herzfrequenz, schnelle Atmung, Blutdrucksteigerung, Schweißausbrüche, flaes Gefühl in der Magengegend, Durchfall, Harndrang. Diese körperlichen Reaktionen hängen stark von der Stressdauer, Intensität sowie den körperlichen Voraussetzungen ab. Je stabiler die körperliche und psychische Verfassung ist, desto besser kann der Organismus die Belastung kompensieren.

Wenn eine herausfordernde Situation vorhersehbar ist (z. B. eine Prüfung), ist es empfehlenswert, den Körper vorbeugend zu stärken. Die wichtigsten Maßnahmen sind ein erholsamer Schlaf, eine adäquate Nahrungsaufnahme und bewusste Atmung.

Wo Achtsamkeit ist, da ist Qi.

Die Ziele sind, dass diese Phase nicht lange anhält und eine adäquate Erholung stattfinden kann. Unterstützend wirksam sind Phytotherapeutika [3] wie

- Passionsblume (klärt Hitze, beruhigt den Geist, harmonisiert das Leber-Qi),
- Melisse (wirkt Herz-Feuer und Leber-Hitze entgegen, beruhigt den Geist).

Widerstandsphase

Falls die Stressoren anhalten oder die Erholung nicht eintritt, kommt es zur Widerstandsphase. Folgende Zustandsbilder und Symptome können sich dabei bemerkbar machen:

Leber-Qi-Stagnation

Symptome. Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, PMS, Dysmenorrhoe, emotionale Instabilität.

Therapie. Entspannung, regelmäßige körperliche Bewegung, manuelle Methoden, Akupunktur.

Da in dieser Phase die Nebenniere für die Bereitstellung der Stresshormone gefordert ist, sind folgende Vitalstoffe sinnvoll, um die Hormonsynthese der Nebenniere zu unterstützen:

Vitamin A, C, E, Vitamin B3, B5, Folsäure und Zink [4].

Auch Phytotherapeutika können die Nebenniere und die genannten Symptome behandeln:

- *Rhodiola rosea* (tonisiert Lungen- und Herz-Qi),
- *Agnus castus* (fördert Progesteronbildung),
- *Dioscorea* (tonisiert das Milz-, Lungen- und Nieren-Qi).

TCM-Rezeptur. *Xiao Yao San*, Umherschweifpulver [5].

Ernährungsempfehlungen. Es empfiehlt sich, regelmäßige Mahlzeiten einzunehmen, gut zu kauen und die Aufmerksamkeit nur auf das Essen zu richten; übermäßiger Fleisch-, Kaffee- und Alkoholkonsum sind zu vermeiden.

Qi-bewegende Lebensmittel [6].

- Reis, Roggen,
- Kohlrabi, Kohl, Fenchel, Lauch,
- Avocado, Stangensellerie,
- Pfefferminze, Kresse,
- Grapefruit, Pflaume.

Leber attackiert Milz/Magen

Symptome. Engegefühl und Schmerz des Abdomens, Magen- und Verdauungsbeschwerden, Wechsel von Verstopfung und Diarrhoe, Flatulenzen, Reizdarmsyndrom, Müdigkeit.

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 45–48

<https://doi.org/10.1007/s42212-018-0127-7>

Online publiziert: 6. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

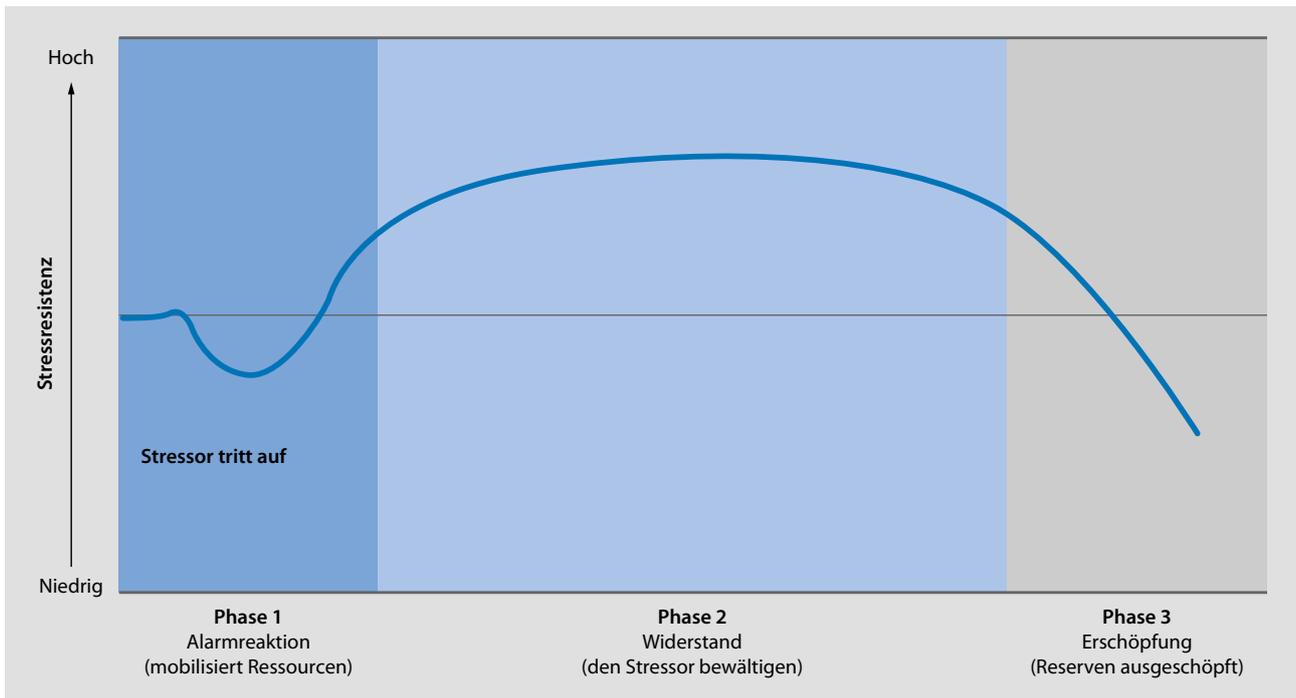


Abb. 1 Stresskonzept nach Selye. (Quelle: [7])

Rezept

Qi-bewegender Reissalat (für 2 Personen)

100 g Langkorn- und Wildreis garen, 100 g ofen-gebackene rote Paprikaschoten aus dem Glas und 1 weiche Avocado klein würfelig schneiden, 1 Stange Sellerie, 1 Fenchelknolle, 1 Chicorée klein schneiden, je 1 Handvoll Basilikum und Minze fein hacken. Für das Dressing den Saft 1 unbehandelten Zitrone, Olivenöl, Salz und Pfeffer vermengen.

Den abgekühlten Reis in eine Schüssel füllen, mit dem Gemüse, den Kräutern und dem Dressing vermengen.

Es erfolgt die Therapie der Leber-Qi-Stagnation. Bei länger bestehender Bauchsymptomatik ist eine spezifische Darm- und Mikronährstoffanalyse sinnvoll. Die Behandlung von Darmfehlbesiedelungen erfolgt über Antibiotika, Antiparasitika, Antimykotika, Prä- und Probiotika sowie eine gezielte Mikronährstoffsupplementierung. Nahrungsmittelunverträglichkeiten sollten dabei berücksichtigt werden.

Ernährungsempfehlungen. Individuelle diätetische Maßnahmen. Unterstützend wirksam ist je 1 Tasse Kuzu nüchtern vor

oder 500 mg L-Glutamin zu der Mahlzeit zu trinken.

TCM-Rezeptur. Tong Xie Yao Fang, wichtiges Rezept für schmerzhafte Diarrhoe.

Milz-Qi-Schwäche

Symptome. Müdigkeit, Energielosigkeit, Schwäche der Extremitäten, Appetitlosigkeit und/oder Süßgelüste, weiche Stühle.

TCM-Rezeptur. Si Jun Zi Tang, Vier-Gen-temen-Dekokt.

Ernährungsempfehlungen. Langsam Essen, gut kauen, in guter Gesellschaft essen und/oder ohne Ablenkung durch Stressoren, den Magen nur zu 2/3 füllen, Mahlzeiten einhalten und Essenspausen von 3 h einhalten, gekochte und fermentierte Speisen bevorzugen.

Qi-tonisierende Lebensmittel.

- Hafer, Reis, Gerste,
- süßes reifes Obst,
- Wurzelgemüse, Kürbis,
- Huhn, Süßwasserfisch,
- kaltgepresste Pflanzenöle,
- karminative Gewürze wie Kümmel, Fenchel,

- aromatische Kräuter wie Petersilie, Majoran, Basilikum.

Lungen-Qi-Schwäche

Symptome. Abwehrschwäche, Infektanfälligkeit, prolongierte Infekte, Müdigkeit.

Therapie. Regelmäßige Bewegung an der frischen Luft, Atemübungen.

TCM-Rezeptur. Yu Ping Feng San, Jade-Windschutz-Pulver.

Ernährungsempfehlung. Bei der Lungen-Qi-Schwäche ist es erforderlich, die Verdauung zu stärken (Milz-Qi stärken).

Lungen-qi-stärkende Lebensmittel.

- Reis,
- Birne,
- Rettich, Blumenkohl, Zwiebel,
- Thymian, Kresse, Süßholz,
- Mandeln.

Leber-Blut-Schwäche

Symptome. Schlafstörungen, Schwindelgefühl, unscharfes Sehen, Hypo- und Amenorrhoe, blasse Lippen, blasser Teint, Muskelkrämpfe.

Rezept

Lungenstärkender Frühstücksbrei (für 2 Personen)

100 g Rundkornreis in 2/3 Wasser und 1/3 Mandelmilch sämig kochen, 1 TL gemahlener Kardamom, geriebene Bioorangenschalen, Walnüsse und frische Birnenwürfel unterrühren, nach Belieben mit Honig süßen.

Therapie. Erholung finden und Schlaf fördern.

TCM-Rezeptur. Si Wu Tang, Vier-Arzneien-Dekokt.

Ernährungsempfehlungen. In erster Linie das Milz-Qi stärken, um die Nährstoffe zur Blutbildung bereitzustellen, suppig/saftige Zubereitung der Speisen.

Blutstärkende Lebensmittel.

- Ente, Huhn, Rind, Wild und Leber,
- Avocado, Spinat, Kohlgemüse, Salate,
- Brennnessel, Petersilie,
- rote und blaue Beeren.

Aufsteigendes Leber-Yang

Symptome. Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Blutdruckerhöhung, Tinnitus, Schwindelgefühl.

Therapie. Leber-Yang beruhigen, Leber-Blut, Leber-Yin und Nieren Yin nähren mit Akupunktur, Entspannungsmethoden.

TCM-Rezeptur. Zhen Gan Xi Feng Tang, Dekokt zur Beruhigung der Leber und Beseitigung von Wind.

Ernährungsempfehlungen. Es steht im Vordergrund, den Konsum von Kaffee, Alkohol, rotem Fleisch und scharfen Gewürzen zu meiden.

Leber-yang-beruhigende Lebensmittel.

- Weizen gekeimt, Tofu,
- Stangensellerie, Gurke, Tomate, Kohl,
- Rucola, Löwenzahn, Mungbohnen-sprossen,
- Wassermelone, Pflaume,
- Leinsamen, Sesam.

Herz-Blut/Yin-Schwäche

Symptome. Palpitationen, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Angstzustände, Schreckhaftigkeit, blasse Lippen und Teint.

Therapie. Erholung finden und Schlaf fördern, Entspannungsmethoden.

Herz-blut-nährende und beruhigende Arzneien.

- Lavendel (beruhigt den Geist),
- Johanniskraut (wirkt Schleim in den Herzöffnungen entgegen, nährt das Herz-Yin, beruhigt den Geist),
- Baldrian (beruhigt den Geist, klärt Hitze aufgrund eines Yin-Mangels),
- Hopfen (nährt das Herz-Yin, beruhigt den Geist).

TCM-Rezeptur. Gui Pi Tang, Dekokt, das die Milz wiederherstellt.

Ernährungsempfehlungen. Milz-Qi stärken, suppig/saftige Zubereitung der Speisen, abends nur noch eine kleine Portion essen, Kaffee und Alkohol meiden.

Herz-blut-nährende Lebensmittel.

- Ziegenmilch,
- Eigelb,
- Weizen,
- Linsen.

Erschöpfungsphase**Nierenschwäche (Qi, Yin und Yang), Essenzschwäche**

Symptome. Rückenschmerzen, Schwindelgefühl, Tinnitus, Vergesslichkeit, Nachtschweiß, Apathie, Trägheit, Erschöpfung.

Therapie. Erholung finden, Schlaf fördern.

Orthomolekularmedizinische Unterstützung der erschöpften Nebenniere erfolgt durch L-Tyrosin, DHEA/Progesteron, Kalium, Magnesium, Vitamin A, B, C, E, Zink, Omega 3-Fettsäuren.

Phytotherapeutika. Ginseng (tonisiert Yuan-, Milz- und Lungen-Qi, beruhigt den Geist), Rhodiola rosea.

Nieren-yin-stärkende TCM-Rezeptur. Liu Wei Di Huang Wan, Sechs-Bestand-

Rezept

Nierenstärkende Fischsuppe (für 4 Personen)

1 kg Fischkarkassen, 1 Bund Suppengrün (Lauch, Sellerie, Petersilienwurzel, Petersilie) und 1 Fenchelknolle putzen und grob schneiden, Lorbeerblatt, Wacholderbeeren, Pfefferkörner, Salz in 1,5 l Wasser für 1 h köcheln, dabei mehrmals abschäumen, die fertige Brühe durch ein Sieb oder Mulltuch passieren, mit Petersilie bestreuen und heiß servieren.

Optional je 8 g Shan Yao (Dioscorea Rx), Sha Shen (Glehniae Rx), Mai Men Dong (Ophiopogonis Rx) zum Tonisieren von Nieren-Qi und -Yin mitkochen (**Abb. 2**).



Abb. 2 Ingredienzien chinesischer Kräuterrezepturen. (© tjasam/Getty Images/iStock)

teile-Pille mit Radix Rehmanniae Glutinosae Conquitae.

Ernährungsempfehlungen. Milz-Qi stärken durch regelmäßige warme Mahlzeiten, suppig/saftige Zubereitung der Speisen, Kaffee und Alkohol meiden.

Nieren-yin-stärkende Lebensmittel.

- Amaranth, Linsen,
- Nüsse und Samen wie Sesam, Mohn, Sonnenblumenkerne, Walnüsse, Leinsamen,
- kaltgepresste Öle,
- Avocado, Maroni, Yamswurzeln,
- Knochensuppen vom Schwein, Fisch.

Literatur

1. Maciocia G (1997) *Die Grundlagen der Chinesischen Medizin*. Verlag für Ganzheitliche Medizin, Dr. Erich Wühr GmbH, Kötzing/Bayer, Wald
2. Selye H (1950) *The physiology and pathology of exposure to STRESS*. ACTA Medical Publishers, Montreal
3. Ploberger F (2011) *Das Große Buch der Westlichen Kräuter aus Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin*. Bacopa, Schiedlberg
4. Walter M (2018) *Handbuch der Funktionellen Myodiagnostik*. Verlagshaus der Ärzte, Wien

5. Ehling D (2001) *Handbuch Chinesische Kräuterrezepte*. Urban & Fischer Verlag, München
6. Blarer Zalokar U, Fendrich B, Haas K, Kamb P, Rüegg E (2011) *Praxisbuch Nahrungsmittel und Chinesische Medizin*. Bacopa, Schiedlberg
7. Myers DG (2014) *Psychologie*, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg <https://doi.org/10.1007/978-3-642-40782-6>

Korrespondenzadresse



Dr. med. Alexandra Knauer
Pfeilgasse 35/2, 1080 Wien,
Österreich
info@dr-knauer.at

**Einhaltung ethischer
Richtlinien
Interessenkonflikt.**

A. Knauer gibt an, dass kein
Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den
Autoren durchgeführten Studien an Menschen
oder Tieren.

News

Intervallfasten ist nicht besser als andere Diäten

Intervallfasten hilft beim Abnehmen und wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus. Besser als andere kalorienreduzierte Abnehm-Methoden ist die Trend-Diät in dieser Hinsicht allerdings nicht, berichtet ein internationales Forscherteam vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Das bedeutet auch: Wer Gewicht verlieren wolle, könne einfach die für sich geeignete Methode wählen und loslegen.

Beim Intervallfasten gibt es bekanntlich so gut wie keine Vorschriften, was das Essen anbelangt – außer: Es müssen zwischendurch Pausen eingelegt werden. Dabei ist es zum Beispiel möglich, nur an acht Stunden des Tages zu essen und die verbleibenden 16 zu fasten (8:16 Methode). Alternativ kann man an fünf Tagen der Woche normal essen und an zwei Tagen weitgehend hungern, das heißt, nicht mehr als etwa 500 Kalorien zu sich nehmen (5:2-Methode).

Einige Studien hatten angedeutet, dass sich infolge des Intervallfastens bestimmte Stoffwechselwerte deutlicher verbessern als bei einer herkömmlichen Diät, bei der über längere Zeit jeden Tag weniger Kalorien aufgenommen werden. Diese Annahme prüften die Wissenschaftler nun. Sie nahmen 150 übergewichtige und adipöse Menschen zwischen 35 und 65 Jahren in ihre Studie auf und teilten sie nach dem Zufallsprinzip in eine von drei Gruppen ein. Die Teilnehmer der ersten Gruppe machten Intervallfasten nach der 5:2-Methoden mit einer wöchentlich reduzierten Kalorienaufnahme von 20 Prozent. Die Teilnehmer der zweiten Gruppe hielten eine normale Reduktionsdiät und nahmen täglich 20 Prozent weniger Kalorien auf. Die übrigen Studienteilnehmer aßen weiter wie immer. Alle bekamen zu Beginn der Untersuchung ausführliche Informationen zu gesunder Ernährung und gegebenenfalls zur Durchführung ihrer Diät. Außerdem bestimmten die Forscher unter anderem Gewicht, Fettverteilung, Blutdruck und zahlreiche Stoffwechselwerte.

Während der ersten drei Monate wurden die Teilnehmer alle zwei Wochen telefonisch nach ihren Erfahrungen befragt und ermuntert durchzuhalten. Im Anschluss an die eigentliche Testphase kamen die Teilnehmer zur neuerlichen Untersuchung ins Studienzentrum. Sie wurden erneut ermutigt weiterzumachen, bekamen dann allerdings keine weiteren Anrufe mehr. Insgesamt beobachteten die Wissenschaftler die Teilneh-

mer 50 Wochen lang und erhoben Gewicht und Gesundheitszustand. Die Auswertung der Daten belegte, dass es zwischen den beiden Diäten keine erheblichen Unterschiede in Bezug auf Gewichtsverlust gibt und sich auch der Stoffwechsel sehr ähnlich verändert hatte: Bei den Probanden beider Gruppen verringerte sich mit dem Körpergewicht das viszerale Fett, ebenso die Fettablagerungen in der Leber, erläuterte Schübel. Auch in der Aktivität von bestimmten Genen, die mit den nachteiligen gesundheitlichen Folgen von Übergewicht im Zusammenhang stehen, fanden die Wissenschaftler keinen Unterschied.

Einzig im Hinblick auf die Glucose-Werte gab es deutliche Unterschiede zwischen den beiden Diät-Methoden: Nach 12 Wochen hatten die Teilnehmer, die täglich weniger gegessen hatten, einen wesentlich geringeren Blutzuckerspiegel. Beim Abnehmen komme es vermutlich nicht so sehr auf die Art der Diät an, sondern in erster Linie darauf, sich für eine Art zu entscheiden und diese dann durchzuhalten, folgern die Wissenschaftler. Es scheine so zu sein, „dass es einigen Menschen leichter fällt, an zwei Tagen sehr diszipliniert zu sein, statt jeden Tag Kalorien zu zählen und sich einzuschränken“, sagte Studienleiter Dr. Tilman Kühn.

Um das Gewicht langfristig zu halten, bedürfe es allerdings einer langfristigen Ernährungsumstellung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Die Fachgesellschaft sieht den Trend zum Intervallfasten eher kritisch. „Die meisten Konzepte des Intervallfastens beinhalten keine oder nur sehr vage Empfehlungen zur Lebensmittelauswahl. Daher findet alleine durch das intermittierende Fasten in der Regel keine Ernährungsumstellung hin zu einer ernährungsphysiologisch günstigen Lebensmittelauswahl statt“, heißt es dort. Und Fasten sei zum Abnehmen ungeeignet.

Quelle: dpa, basierend auf Am J Clin Nutr 2018; 108: 933–945

Günther Malek, Elvira Deim

TRINICUM Zentrum für Integrative Medizin und Schmerztherapie, Wien, Österreich

Spannungen machen Spannungen machen Spannungen

Einleitung

Im somatopsychischen Modell der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) war die Verbindung körperlicher Dysbalancen mit psychischen Themen wie Stressbelastung schon immer präsent, während in der konventionellen Medizin das Zusammenspiel von Muskulatur und Psyche lange unbeachtet blieb. Erst in den letzten Jahren durchdringt dieses Wissen über die Vernetzung der Psyche mit dem Soma langsam den Mainstream der Medizin.

» Körperliche und psychische Anspannung sind nicht voneinander zu trennen

Körperliche und psychische Anspannung sind zwei Seiten derselben Medaille und nicht voneinander zu trennen. Ein muskulär stark angespannter Mensch kann nicht emotional entspannt sein. Ein emotional erregter Mensch müsste wiederum sehr von seinem Körper gespalten sein, um bei innerer Anspannung keine zusätzliche Muskelspannung zu generieren.

Moderne westliche Forschungen haben die Auswirkung von Haltung und muskulärer Spannung auf die Psyche mittlerweile breit nachgewiesen [1, 2]. Sehr interessante Arbeiten gibt es dazu auch von der Sozialwissenschaftlerin Amy Cuddy der Harvard-Universität, die bei Rednern mit aufrechter Haltung in der Vorbereitungszeit nicht nur eine höhere Glaubwürdigkeit, sondern auch ei-

nen Anstieg des Testosteronspiegels und einen Abfall des Cortisolspiegels während der Rede beobachtete [3].

Östliche und westliche Sicht

Wir verwenden in unserem Zentrum parallel Akupunktur und Tuina in Kombination mit westlichen Techniken wie Faszientherapie, um Menschen mit somatopsychischen Spannungen zu behandeln – und haben damit sehr gute Erfolge.

Nähert man sich nämlich den inneren Zusammenhängen der körperlichen Anspannungen parallel vonseiten der TCM sowie der neuromuskulären Forschung, finden sich interessante Übereinstimmungen. Diese Generierung zusätzlicher Spannung kann aus östlicher Sicht im Meridianverlauf wiedergefunden werden, den neuesten Trends in der westlichen Medizin entsprechend oft im Verlauf von Faszien, dem spezialisierten Bindegewebe in Organhüllen, Gelenkkapseln und vielen weiteren Strukturen (Abb. 1).

TCM: Stagnation – Muskulatur: Verspannung

Mit Verspannung meinen wir eine dauerhafte myofasziale Spannung, die eine Reihe regionaler biochemischer Veränderungen mit sich bringt und vorwiegend die tonische Haltemuskulatur betrifft. Das entspricht gut dem Begriff der lokalen Stagnation als „Nichtdurchgängigkeit“. Diese Spannung entsteht nicht von den bekannten Alphaneuronen des Großhirns (motorische Rinde), sondern aus den sogenannten Gammerschleifen, die weitgehend autonom die Grundspannung der Muskelfasern über das Rückenmark regulieren.

Qi kann hier vor allem als Information gesehen werden, die sich intra- und extraneuronal entlang der Muskel- und Faszienketten ausbreitet. Bei Qi-Stagnation kommt es zu einer Blockade entlang des Ausbreitungsweges.



Abb. 1 Behandlung einer faszialen Stagnation bzw. der Leber über Blase 18. Störungen im Bindegewebe finden sich oft im Meridianverlauf und beeinflussen unsere emotionale Befindlichkeit. Besonders starke Verklebungen bedürfen besonders starker Therapieerize

Als Ort der Informationsaufnahme könnte die Faszie durch ihre hohe Innervationsdichte eine wichtige Rolle spielen. Wie im Artikel von W. Klingler „Faszienforschung: Quo Vadis?“ aus dem Jahr 2018 zu entnehmen ist [4], trägt die Faszie wesentlich zur Körperwahrnehmung und Feinkoordination bei.

Neurophysiologisch ist es daher so, dass Bewegungen bei erhöhter Spannung eine höhere Anstrengung bedeuten, was zu einer schnelleren Ermüdung führt. Das beansprucht natürlich auch das Nervensystem, es kommt rascher zu einer generellen Ermüdung (Qi-Mangel).

Die Spirale der Fülle-Leere-Imbalance

Hier ist wichtig zu wissen, dass ein angespannter Muskel seinen Gegenspieler bremst. Das ist insofern sehr wichtig, da dadurch Imbalancen zustande kommen bzw. verstärkt werden. Ein überspannter Muskel mit ständig zu hoher neuronaler Aktivität entspricht sehr gut dem TCM-„Fülle“-

Deutsche Zeitschrift für Akupunktur
2019 • 62 (1): 49–51

<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0144-1>

Online publiziert: 29. Januar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



Abb. 2 Eine „aufrechte Haltung“ kann unter anderem wegen chronischer Spannung im myofaszialen System nicht eingenommen werden. Der Mensch kann sich körperlich und emotional nicht „aufrichten“



Abb. 3 Lösen von Spannungen im Pectoralisbereich bzw. in der Lungenleitbahn



Abb. 4 Therapie von Gallenblase 21 oder Verklebung der oberflächlichen und tiefen Nackenfaszien

Zustand. Der Muskel kontrahiert zu stark, als es für Bewegungen notwendig wäre. Mit der Zeit entsteht eine Verspannung. Jetzt müsste ein dementsprechend starker Gegenspieler vorhanden sein, um die „Fülle“ auszugleichen. Da ein angespannter Muskel jedoch seinen Gegenspieler reflektorisch inhibiert, wird die Imbalance stärker.

Gegenüberliegende Muskelketten sollten also ungefähr gleich stark sein, um während Alltagsbewegungen die „Fülle“ und „Leere“ nicht immer weiter zu verstärken.

Manche Muskeln arbeiten in unterschiedlichen Bewegungsrichtungen. „Leere“ bzw. Schwäche kann entstehen, indem ein Muskel immer nur in eine bestimmte Richtung belastet wird.

Sobald diese Schwäche die gegen die Schwerkraft arbeitende Muskulatur betrifft, kann eine aufrechte Haltung schwerer eingenommen werden. Dies beeinflusst, wie eingangs angesprochen, die Stresshormondynamik und damit den psychischen Zustand (**Abb. 2** und **3**).

Überspannung, also TCM-Fülle, entspricht einer eher kurzzeitigen Spannung, sehr oft der physischen dynamischen Muskulatur. Ein Beispiel dafür wäre die Überspannung in der autochthonen Rückenmuskulatur beim Zurückbeugen ohne Vorspannung der Bauchmuskulatur – die fasziellen Strukturen im unteren Rücken „fallen“ ineinander und verlieren ihre abstandhaltende und zugleich verbindende Funktion.

Das Henne-Ei-Thema

Die erste Frage von Patienten oder auch klassisch deduktiv denkender Mediziner ist oft: Woher kommt das nun, aus dem Muskel oder dem Hirn? Wir Akupunkteure, die wir spätestens beim Studium der TCM auch analog assoziativ denken lernen durften, wissen, dass das natürlich Folge einer Dynamik mit positiver Feedbackschleife ist.

Emotionaler Stress erzeugt Spannung und Spannung erzeugt wiederum emotionalen Stress.

Manchmal steht die muskuläre Spannung sogar an erster Stelle. Wir wissen unter anderem aus der Forschung um das Kiefergelenk und die Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) sehr gut, dass muskuläre Verspannung auch direkt zu emotionalem Stress führt, der sich wiederum z. B. in Panikattacken und Schlafstörungen äußern kann [5, 6].

Lumbale Schmerzen können in der Entstehungsgeschichte eng mit Angst oder Stress in Zusammenhang stehen. Nun darf aber genauso nicht vergessen werden, dass bestehende lumbale Verspannungen immer wieder Angst und Stress triggern.

» Emotionaler Stress erzeugt Spannung und Spannung erzeugt wiederum emotionalen Stress

Das geschieht nicht nur durch das Alarmsignal „Schmerz“, sondern auch durch die fehlenden Schutz- und Stoßdämpferfunktionen. Durch den Koordinations- und Stabilitätsverlust kann nicht mehr so schnell und flexibel reagiert werden – das beängstigt.

Unserer Erfahrung nach manifestieren sich die Emotionen Angst und Stress in folgenden Muskeln:

- Stirnmuskulatur,
- Kau- und Beißmuskulatur,
- Mundboden,
- kurze Nackenmuskulatur, Trapezmuskel
- Scalenii,
- Pectoralis minor und major,
- Serratus,
- Zwerchfell,
- Iliopsoas,
- Beckenboden,
- Ischiocrurale,
- Gastrocnemius,
- Plantarfaszie.

Nach Behandlung dieser Muskelgruppen mit Akupunktur, Tuina oder Faszientech-niken fällt es dem Patienten häufig leichter, in belastenden Situationen nicht mit überschießender Spannung zu reagieren (**Abb. 4**).

Wo setzt man nun primär an?

Der logischen Erklärung nach natürlich zuerst auf beiden Ebenen. Akupunktur selbst greift ja schon in beide Faktoren ein. Wenn hier dem Patienten noch etwas zur Steigerung der Selbstwahrnehmung und/oder Stressbewältigung mitgegeben wird, ist zumeist schon viel gewonnen.

Es gibt natürlich auch komplexere Vorgänge, bei welchen es singuläre Einzelprobleme sind, die diesen Kreislauf in Gang halten. Hier wird oft viel nach der Ursache, dem Grund der Beschwerden gesucht, der vielleicht schon viele Jahre zu-

rückliegt. Das ist oft frustrierend und führt zu nichts. Wichtiger ist unseres Erachtens, die Dynamik der Beschwerden und singuläre Treiber zu erkennen, die den Prozess von Spannung in der Stärke aufrechterhalten. Zum Beispiel eine Störung im Bereich des Kiefergelenks, die durch Stress immer wieder reproduziert wird.

Grundsätzlich sollten Beschwerden, die mit Schwäche und/oder Leere in Zusammenhang stehen, zuerst eher mit Akupunktur, Ernährung und/oder sanfter Tuina angegangen werden. Auch wenn dem schwachen Muskel ein angespannter Antagonist gegenübersteht, ist es ratsam, zuerst die Schwäche zu behandeln. Denn Patienten mit Schwäche reagieren oft über oder paradox auf starke manuelle Reize.

Ein Beispiel aus der Praxis war eine Patientin nach Bandscheibenvorfall in der BWS (1 Jahr posttraumatisch) mit Yang-Leere, die über thorakale Schmerzen beim Staubsaugen, lumbale Schmerzen in Zusammenhang mit ihrer Menstruation sowie innere Rastlosigkeit berichtete. Sie hatte noch immer Angst, durch Alltagsbewegungen Schmerzen im Läsionsbereich zu verschlimmern. Bei ihr waren alle starken manuellen Reize an dorsalen Strukturen kontraproduktiv – doch bereits nach einer Akupunktur- und einer Tuina-Behandlung konnte sie sich schon viel sicherer und damit sorgenfreier im Alltag bewegen.

» Faszientechniken als Therapieeinstieg eignen sich eher bei Füllesyndromen

Faszientechniken als Therapieeinstieg eignen sich unseres Erachtens eher bei Füllesyndromen, vor allem bei einem festen Widerstand des Gewebes. Besonders wenn man das Gefühl hat, mit Akupunktur nicht „durchzudringen“, und das Gewebe verklebt wirkt. Hier braucht es einen starken Reiz, um die volle Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.

In unserer Praxis begegneten wir z. B. einem Patienten mit gestörtem Leber-GB-Funktionskreis mit roten Augen, brüchigen Nägeln, Ziehen und Pulsieren im Kopfbereich, unerholbarem Schlaf, Antriebslosigkeit und Zervikobrachialgie. Es zeigte sich ein seit über 10 Jahren verspannter Schultergürtel und angespannte

Kiefermuskulatur. Hier war es von Nutzen, die Behandlung von muskulärer Seite zu beginnen. Wir konnten nach 10 Faszienbehandlungen, die im oberen Thoraxbereich stattfanden, bereits eine Verbesserung der Schlafqualität, der Aufrichtung und damit auch der Stimmung beobachten.

Faszientechniken arbeiten mit manuellen Techniken und/oder speziellen Werkzeugen an der Lösung von Spannungen im Bindegewebe und damit einhergehender neuronaler Hyper- oder Hypoaktivität. Dabei wird ein mitunter sehr starker, oft schmerzhafter Reiz gesetzt. Im Anschluss empfinden die Patienten meist ein befreites, oft prickelndes, warmes Gefühl mit einer sofortigen Funktionsverbesserung. Häufig berichten Patienten danach auch eine Verbesserung der Feinmotorik und Stabilität.

Auch ein paralleles Arbeiten an Meridianen und Faszien bietet sich für 2–10 Behandlungen an – grundsätzlich bei Patienten, die keinen ausgeprägten Milz-Qi-Mangel vorweisen, da Energie benötigt wird, um die Reize adäquat zu verarbeiten.

Tai-Yang-, Shao-Yang- und Yang-Ming-Muster

In der Praxis ist es sehr wichtig, die großen Zusammenhänge der Spannungsmuster zu erkennen und zu differenzieren. Die TCM gibt mit den drei Achsen, dem vorderen, hinteren und seitlichen Umlauf und den dazugehörigen Muskeln ein sehr praktikables Modell vor. So entstehen zum Beispiel oft Nackenschmerzen im M. trapezius pars descendens aufgrund einer Verkürzung im Yang-Ming-Areal (Pectoralisgruppe, Sternum), das selbst nicht symptomatisch ist. Hier kommt es erst zu einer nachhaltigen Entspannung in den hinteren und seitlichen Ketten, wenn die vorderen Spannungen gelöst werden, während die alleinige Therapie der symptomatischen Shao-Yang-Muskulatur zu keiner nachhaltigen Besserung führt.

Fazit

Akupunktur, Tuina und gezielte manuelle Techniken eignen sich in sinnvoller Kombination sehr gut zum Lösen somatopsychischer Spannungen. Die Modelle haben zwar unterschiedliche Hintergründe, lassen sich aber mit dem entsprechenden Hintergrundwissen gut kombinieren.

Viele Patienten berichten, dass die Körperarbeit auch viele emotionale Spannung

gelöst habe, was oft mit alleinigem psychologischen Ansatz nicht möglich war.

Durch den Kontakt mit den Patienten können ausgeprägte psychische Probleme erkannt werden und auch hier kann eine entsprechende Therapie zusätzlich oder bei Dominanz der psychischen Problematik anstelle der Körpertherapie empfohlen werden.

Literatur

1. Michalak J, Rohde K, Troje N (2015) How we walk affects what we remember: Gait modifications through biofeedback change negative affective memory bias. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 46:121–125
2. Michalak J, Mischkat J, Teismann T (2014) Sitting posture makes a difference-embodiment effects on depressive memory bias. *Clin Psychol Psychother* 21:519–524
3. Carney DR, Cuddy AJ, Yap AJ (2010) Power posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychol Sci* 21(10):1363–1368
4. Klingler W (2018) Faszienforschung: Quo Vadis? *Dtsch Z Akupunktur* 61(2):70
5. de Oliveira AS (2005) Evaluation of quality of life and pain in Temporomandibular Disorders (TMD). *Braz J Oral Sci* 12(4):648
6. Kafas P, Kafas G, Christofides A, Chiotaki N, Theodoridis M (2008) Chewing ability, mood and sleep are negatively influenced by chronic TMJ pain: Preliminary results. *Res J Med Sci* 2:5–6

Korrespondenzadresse



Dr. Günther Malek
TRINICUM Zentrum für
Integrative Medizin und
Schmerztherapie
Schwarzenbergplatz 6,
1030 Wien, Österreich
g.malek@trinicum.com



Elvira Deim
TRINICUM Zentrum für
Integrative Medizin und
Schmerztherapie
Schwarzenbergplatz 6,
1030 Wien, Österreich

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Malek und E. Deim geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.