

Norges Helsehøgskole Campus Kristiania, Institutt for akupunktur

# Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og Akupunktur

BACHELOROPPGAVE



EDVARD MUNCH, SKRIK 1895.  
UTSNITT GUNDERSEN COLLECTION

EMNE: AKU 10

KULL: BAD 10

STUDENTNR 100695

STUDENTNR 100508

09.04.14

## Forord

### Fortvilelse

Jeg gikk bortover veien med to  
venner –

Solen gikk ned

Himmelen ble plutselig blod  
og jeg følte som et pust av vemod

Jeg stanset  
lente meg til gjerdet  
trett til døden

Over den blåsvarte fjord og by  
lå skyer af dryppende, rykende  
blod

Mine venner gikk videre og jeg stod  
igjen i angst med et åpent sår  
i mitt bryst.

Et stort skrik  
gikk gjennom naturen.

*Edvard Munch*

Oslo, 8. april 2014

Siri Tefre Baade

Sidsel Egedal

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	5
1. Innledning.....	6
1.1 Faglig begrunnelse .....	6
1.2 Personlig begrunnelse .....	7
1.3 Forforståelse .....	7
1.4 Tema .....	7
1.5 Problemstilling.....	7
1.6 Begrepsavklaring .....	7
1.7 Avgrensing .....	8
1.8 Oppgavens disposisjon .....	8
2. Metode.....	9
2.1 Presentasjon av valgte artikler .....	10
2.2 Vurdering av artikkelforfattere .....	11
2.3 Vurdering av teoriforfattere.....	11
2.4 Metodekritikk.....	12
2.5 Kildekritikk.....	13
3. Teori .....	13
3.1 Historisk.....	13
3.2 Vestlig definisjon.....	14
3.3 PTSD sett ut ifra et TKM perspektiv .....	15
3.3.1 Diagnostisere ulike emosjonelle problemer hos pasient.....	15
3.3.2 PTSD i henhold til Sinclare-Lian m.fl. 2006. Artikkel 1 .....	15
3.3.3 PTSD i henhold til Chang, Wei-dong og Yong.....	16
3.3.4 Angst i henhold til Maciocia.....	17
3.3.5 Angst i henhold til Ching.....	18
3.3.6 Angst i henhold til Hammer.....	19
3.3.7 Depresjon i henhold til Maciocia .....	19
3.3.8 Depresjon i henhold til Hammer .....	20
3.3.9 Depresjon i henhold til Chang, Wei-dong og Yong.....	20
3.3.10 Depresjon i henhold til Ching .....	21
3.3.11 Insomnia i henhold til Maciocia.....	21
3.3.12 Insomnia i henhold til Ching.....	22
3.3.13 Insomnia i henhold til Chang, Wei-dong og Yong.....	23

3.4 Presentasjon av anvendte artikler.....	24
3.4.1 Artikkel 2 Hollifield m.fl. 2007 Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Controlled Pilot Trial .....	24
3.4.2 Artikkel 3 Pilkington 2010, Acupuncture for anxiety and anxiety disorders - A systematic literature review .....	25
3.4.3 Artikkel 4 Young-Dae m.fl. 2013 Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Prospective Clinical Trials.....	27
3.4.4 Artikkel 5 Lee m.fl. 2012, The effectiveness of acupuncture research across components of the trauma spectrum response (tsr): a systematic review of reviews .....	29
4. Drøfting.....	32
4.1 Drøfting av teoriforfatteres TKM diagnoser mot hverandre .....	32
4.2 Drøfting av artiklene mot TKM diagnoser .....	34
4.3 Drøfting av om akupunktur kan redusere symptomene ved PTSD .....	36
5. Konklusjon.....	37
Referanseliste .....	39
Vedlegg 1 Søk gjort 29. januar 2014 .....	41
Vedlegg 2 Oversikt over punkter som inngår i STRICTA retningslinjer.....	43
Vedlegg 3 Diagnostiske kriterier for PTSD i ICD-10 .....	44
Vedlegg 4 Diagnostiske kriterier for PTSD i DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjerde utgave, 1994 .....	45
Vedlegg 5 Søk gjort 05.april 2014.....	47

## Sammendrag

Mange lever med diagnosen Posttraumatisk stresslidelse, og det er forventet at flere i fremtiden vil få stilt diagnosen. Det er sannsynlig at flere vil oppsøke alternative behandlingsmetoder for lidelsen, da de ofte opplever at de ikke får hjelp når de oppsøker det offentlige helsevesenet. Det finnes ikke noen spesifikk medisin som hjelper/lindrer diagnosen, kun medisiner mot angst og depresjon (Moxnes 2009).

Hva kan akupunktur bidra med? Vil akupunkturbehandling redusere symptomer på posttraumatisk stresslidelse? Dette ønsker vi å belyse i vår litteraturstudie. Vi inkluderer teori og vitenskapelige artikler om posttraumatisk stresslidelse og symptomene angst, depresjon og insomni, som er knyttet til diagnosen.

Problemstillingen er;

*På hvilken måte kan akupunktur bidra, ved behandling av mennesker med diagnosen posttraumatisk stresslidelse?*

Flere studier antyder at akupunktur har like god effekt som kognitiv adferdsterapi, og bedre effekt enn selektive serotonin reopptakshemmere alene for posttraumatisk stresslidelse, og god effekt på bisymptomer som angst, depresjon og insomni. Det er likevel behov for gode studier på posttraumatisk stresslidelse og akupunktur. Kvaliteten på studier kan økes ved å inkludere en god placebobehandling. Randomiserte kontrollerte studier med inndeling i grupper, basert på differensiering ut ifra tradisjonell kinesisk medisin, hvor man sammenligner om noen syndromer har bedre effekt av akupunktur enn andre, kan være en fruktbar vinkling på en fremtidig studie.

# 1. Innledning

## 1.1 Faglig begrunnelse

Emosjoner i ulik form er årsaken til at mange oppsøker akupunktur. Akupunkturforeningen (2013) sin undersøkelse fra 2012, viser at 28 % av befolkningen har benyttet akupunktur det siste året, hvorav 4 % oppsøkte akupunktur på grunn av angst eller depresjon.

Rundt 1 % av befolkningen lider til en hver tid av Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Kvinner er mer utsatt for lidelsen enn menn (NHI 2013).

Soldater som har vært i krig og mennesker som er utsatt for en katastrofe, har en forekomst på 10-20 %, mens 30-40 % av voldtektsofre lider av PTSD (Ibid).

Norges befolkning øker stadig. Økningen består blant annet av mennesker som har flyktet fra krigsutsatte områder, og områder med overgrep og vold. Det er derfor å anta at flere vil få diagnosen PTSD (Ibid).

Irritabilitet, søvnproblemer og depresjon er symptomer som mange med PTSD sliter med (Ibid).

I en periode var det vanlig at alle som hadde blitt utsatt for skremmende ulykker ble tilbudt oppfølging i form av samtaler med helsepersonell, såkalt debrifing. Dette er nå oppfattet som lite hensiktsmessig. Det viser seg i tillegg at forekomsten av PTSD var høyere hos dem som hadde fått psykologisk debrifing, enn hos dem som ikke hadde fått det (Nylund 2007).

Personer som blir langvarig betydelig plaget, har imidlertid god hjelp av profesjonell behandling med traumefokusert kognitiv terapi. Medikamentell behandling blir forsøkt unngått, men kan være nødvendig i enkelte tilfeller (NHI 2013).

Teknikker som har dokumentert best effekt er eksponeringstrening i kombinasjon med kognitiv terapi og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Tysland 2003).

De fleste som opplever PTSD vil oppleve bedring over tid, men et mindretall (rundt 15 %) vil ikke bli bedre. Det er ofte faktorer før hendelsen som har mer betydning for symptomene enn selve hendelsen (NHI 2013).

Personer med PTSD opplever ofte at de ikke får hjelp når de oppsøker helsevesenet. De oppsøker helsevesenet hyppig og det finnes ikke noen spesifikk medisin som hjelper/lindrer diagnosen, kun medisiner mot angst og depresjon. Det finnes ingen klare førstevalg når det kommer til behandling. Diagnosen fører ofte til store problemer i det sosiale liv som arbeidsliv, samliv og foreldrerolle (Moxnes 2009).

*"After practicing for only a few weeks, it became obvious to me that very many patients presented with emotional suffering which was either at the root of their medical problem or a contributory factor to it"*  
( Maciocia: 2009: xv).

Flere og flere soldater fra ulike land har fått lidelsen PTSD. Det har kommet tydelig frem at medisiner og kognitiv terapi har sine fordeler men at det ikke er tilstrekkelig, og at de trenger mer hjelp (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

## 1.2 Personlig begrunnelse

Som sykepleier og genetisk veileder har vi begge bakgrunn fra helsesektoren. Vi opplever stadig at pasienter og pårørende har emosjonelt sterke opplevelser, som de sliter med over lengre tid. Det har vært flere nasjonale katastrofer de senere år, med Utøya hendelsen som den siste store tragedien. Disse tragediene har forårsaket varig fysisk og psykisk lidelse hos enkeltindivider. PTSD er en av diagnosene. En foreløpig rapport etter en omfattende studie som inkluderer overlevende fra Utøya, og foreldre til ungdom som var på Utøya 22. juli 2011, viser at omtrent halvparten av ungdommene og en fjerdedel av foreldrene sliter med symptomer på- eller som grenser til PTSD (NKTSV 2013 b).

Emosjoner som årsak til sykdom i tradisjonell kinesisk medisin (TKM), er et område vi begge har stor interesse for. Tema er relevant både i forhold til fremtidig praksis som akupunktør, og i vår nåværende stilling i det offentlige helsevesen.

Temaet er spennende, og TKM teorien forklarer hvordan emosjoner påvirker hele kroppen og skaper ubalanser som gir utslag i mange plager. Mennesket sees på som en helhet, hvor kropp, sinn og sjel er deler av helheten.

*” The greatest mistake in the treatment of diseases is that there are physicians for the body and physicians for the soul, although the two cannot be separated “(Maciocia 2009: xiii).*

Det er sannsynlig at vi i fremtiden vil møte flere mennesker med PTSD diagnosen, og det kan tenkes at flere vil oppsøke alternative behandlingsmetoder for lidelsen.

## 1.3 Forforståelse

Vår forforståelse er at PTSD er en lidelse det er skrevet lite om i pensum- og støttelitteratur. Dette gjør det spennende og utfordrende. Der står lite om selve lidelsen, men ved å se på symptomene som ligger til grunn for diagnosen PTSD, både i litteraturen og relatert forskning, finner vi interessante forklaringsmodeller. Vi har møtt mennesker med lidelsen i nære relasjoner og gjennom jobb i helsevesenet og vet hvordan diagnosen griper inn i hele livssituasjonen.

## 1.4 Tema

Posttraumatisk stresslidelse og akupunktur

## 1.5 Problemstilling

På hvilken måte kan akupunktur bidra, ved behandling av mennesker med diagnosen posttraumatisk stresslidelse?

## 1.6 Begrepsavklaring

PTSD står for Post-Traumatic Stress Disorder. Norsk betydning; posttraumatisk stresslidelse (NKTSV 2013a).

Vi ønsker å undersøke på hvilken måte akupunktur kan bidra i behandling av pasienter med PTSD. Med på hvilken måte, mener vi om forståelsen av symptomene ved PTSD innen TKM, kan bidra i behandlingen. Ved bidra mener vi å undersøke om akupunktur reduserer symptomene som inngår ved PTSD. Symptomene ved PTSD innebærer angst, depresjon og insomni, hvor drømmeforstyrret søvn også inngår i insomni.

Vi har valgt å ikke definere TKM begreper, da vi tar utgangspunkt i at leseren har grunnleggende kunnskap innen TKM. Begreper innen TKM blir skrevet med stor forbokstav. Vi har valgt å benytte forbokstavforkortelse på organene, slik det blir benyttet i punktbooken til Fride Møller (2011).

## 1.7 Avgrensning

Vi ønsker å inkludere TKM litteratur som omhandler PTSD, eller symptomer som er knyttet til PTSD. Diagnosen ble satt ut ifra DSM IV kriteriene (vedlegg 4). Vi benytter DSM IV og ikke DSM 5 kriteriene fordi studiene vi baserer oppgaven på, ble utført før DSM 5 kriteriene eksisterte. Vi velger derfor å ta utgangspunktet i disse kriteriene når vi definerer PTSD.

I vår litteraturstudie vil vi inkludere vitenskapelige artikler som omhandler temaet, og tilleggssymptomer knyttet til PTSD, uavhengig av årsak til PTSD diagnosen.

Behandlingen som vurderes, er begrenset til former for akupunkturbehandling som er undervist om i løpet av studiet; TKM akupunktur, øreakupunktur og elektroakupunktur. Studier med ren øreakupunktur blir ekskludert. Det samme gjelder former for behandling, som ikke inkluderer nåler som penetrerer huden.

I oppgaven ønsker vi å undersøke om akupunkturbehandling reduserer symptomer på PTSD som angst, insomni og depresjon.

## 1.8 Oppgavens disposisjon

Metoden vi benytter beskrives først i oppgaven. Under metode er også litteratur vi benytter i teoridelen presentert. Søkestrategi i de ulike databasene vi benytter, med søkeord, og antall treff beskrives. Artikkene vi har valgt, er presentert med begrunnelse for valget. Metode og kildekritikk er presentert under metodekapitlet.

I teorikapitlet presenteres først PTSD som diagnose ut ifra historisk- og vestlig perspektiv. Teori fra pensum-, støtte- og selvvalgt litteratur omhandlende PTSD presenteres, med underkapitler over diagnostisering av emosjonelle problemer, angst, insomni og depresjon.

Forskning presenteres ved en forskningsartikkel under PTSD, differensiert i TKM teori. De resterende artikkene, totalt fire artikler, presenteres i påfølgende underkapittel under ”presentasjon av anvendte artikler”.

I drøftingskapitlet ser vi litteraturen som er presentert under teoridelen i forhold til hverandre, og vurderer likheter og ulikheter.



Til slutt følger konklusjonen hvor vi oppsummerer funnene og kommer med forslag til videre forskning.

## 2. Metode

Metode er en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller etterprøve påstander om et emne. Dette er redskapet vi benytter for å samle data, om temaet vi ønsker å belyse (Dalland 2012). Oppgaven er en litteraturstudie. Metoden innebærer bruk av andres teori og forskning, for å belyse den aktuelle problemstillingen (Dalland 2012).

Vi benytter Norges Helsehøyskole Campus Kristiania (NHCK) sine retningslinjer for oppgaveskriving fra 2012.

Vi ønsker å finne ut om nyere forskning gir grunnlag for å si noe om akupunkturbehandling kan bidra i behandling av personer med diagnosen PTSD.

Databasene AMED, EMBASE og MEDLINE er benyttet for å finne artikler og forskning som omhandler temaet.

Tabell 1 viser søkestrategi, og antall treff.

Søkeord	MEDLINE	EMBASE	AMED
1 stress disorders, post traumatic (MeSh)	20116	34524	497
2 PTSD.tw.	11718	15634	32
3 post traumatic stress disorders.tw.	5298	7166	199
4 Acupuncture (MeSh)	13639	27408	3208
5 Acupuncture.tw.	14175	20333	8879
6 Medicine, ChineseTraditional (MeSh)	10780	23059	8027
7 TCM.t.w	4763	6662	777
8 Traditional Chinese Medicine.tw.	7729		
9 Kombinasjon av (OR)1-3	23564	35754	622
10 Kombinasjon av (OR) 4-8	34117	52886	11651
11 Kombinasjon av 9 AND10	26	121	5
12 11 begrenset til mennesker og 2005-14	15	97	3
13 søk tilsvarende 12 gjort 5. april 2014	14	92	2

Tabell 1. Oversikt over søkestrategi og antall treff 29. januar -14 og 5. april -14.

Vi valgte ut fem artikler basert på tema, kvalitet på studien, at vi fikk tak i den i fulltekst, at intervensjonen var tradisjonell akupunktur eller elektroakupunktur alternativt i kombinasjon med øreakupunktur, samt vurdering av i hvilken grad STRICTA retningslinjer er fulgt (noe som gjelder RCT studier).

Artiklene vi valgte er presentert i tabell 2.

Nr	Forfatter	Tema	Type artikkel
1	Sinclare-Lian m.fl., 2006	Utvikling av diagnostisk rammeverk for PTSD i TKM perspektiv	Litteraturstudie i kombinasjon med uttesting av rammeverk

2	M. Hollifield m.fl., 2007	Effekt av akupunktur for PTSD og PTSD relaterte symptomer	RCT
3	Pilkington m. fl., 2010	Effekt av akupunktur for Depresjon og angst	Oversiktsartikkel
4	Young-Dae m.fl., 2013	Effekt av Akupunktur for PTSD og PTSD relaterte symptomer	Oversiktsartikkel med 4 RCT (Randomisert Kontrollert Studie) og 2 UCT (Ukontrollert Kontroller studie)
5	Courtney Lee m.fl., 2012	Effekt av akupunktur for symptomer som inngår i trauma spectrum respons (TSR)	Oversiktsartikkel av oversiktsartikler

Tabell 2. Oversikt over artikler fra litteratursøk vi benytter i oppgaven.

## 2.1 Presentasjon av valgte artikler

Av de tre treffene i AMED, var ett av treffene relevant fordi den definerer PTSD i forhold til TKM, og er forarbeidet til en av de andre artiklene vi benytter (Sinclare-Lian m.fl. 2006) (artikkel 1 i tabell 2). Denne artikkelen er benyttet i kapitlet PTSD i TKM perspektiv. Studien er forarbeidet for å danne grunnlaget for identifisering av TKM diagnoser, og behandlingsstrategi i RCT studien (artikkel 2 i tabell 2) vi har valgt å benytte i oppgaven. Vi benytter også artikkelen for å identifisere aktuelle ubalansemønstre som vi henter fra pensumlitteraturen.

Av 15 treff i MEDLINE er de fleste uaktuelle fordi de ikke benytter tradisjonell akupunktur eller elektroakupunktur, alternativt i kombinasjon med øreakupunktur. Den aktuelle artikkelen (artikkel 1 i tabell 2) som kom opp i AMED, er ett av treffene i MEDLINE.

Vi har valgt ut en randomisert kontrollert studie (RCT) omhandlende PTSD av Hollifield m.fl. (2007) (artikkel 2 i tabell 2), som ser på effekten av akupunkturbehandling for PTSD, angst, depresjon og insomnia. Artikkelen ligger i Databasen med fulltekst.

Rapporteringen av studien er av høy kvalitet ut ifra reviderte STRICTA retningslinjer (MacPherson m.fl. 2010), hvor 17 punkter skal oppfylles (se vedlegg 2). 16 av punktene er oppfylt. Punktet som ikke er beskrevet er responsen som ble oppnådd ved nåling (eks. De Qi).

I EMBASE fant vi alle artiklene vi har bestemt oss for å benytte, inkludert de to ovennevnte.

Vi valgte fem artikler. Flere av treffene i søkene er oversiktsartikler. Tre av disse benytter vi i oppgaven.

Artiklene er valgt ut ifra en gjennomgang av treffene med hensyn til diagnose, relevans, type behandling og vurdering av kvaliteten på studien.

En systematisk oversiktsartikkel på angst og depresjon av Pilkington (2010) (artikkel 3 i tabell 2) er inkludert. Bakgrunnen er at PTSD er gruppert under angst lidelser, og depresjon er et av tilleggspå problemene personer med PTSD ofte har (Moxnes 2009).

En systematisk oversiktsartikkel på PTSD av Young-Dae m.fl. (2013) (artikkel 4 i tabell 2) er også valgt. Denne oversiktsartikkelen inkluderer studien til Hollifield m.fl. (2007) (artikkel 2 i tabell 2) i tillegg til tre andre RCT studier og to ukontrollert studier (UCT). Forfatterne ser på effekten av akupunktur for tilleggssymptomer til PTSD som nevnt tidligere. Artikkelen er vurdert ut ifra flere kvalitetskriterier. Cochrane risk of Bias of included RCT, viser at to av RCT studiene holder høy kvalitet med lav risiko for Bias på mange områder. Alle studiene har høy risiko på Bias i forhold til blinding, i og med at det ikke er noen form for sham/ narre akupunktur i noen av de fire RCT studiene. De fire RCT studiene rapporterte henholdsvis 16, 15, 13 og åtte punkter i henhold til reviderte STRICTA retningslinjer (MacPherson m.fl. 2010) (vedlegg 2). Dette innebærer at to av studiene har høy kvalitet, en har medium- og den siste lav kvalitet i forhold til STRICTA.

Den femte artikkelen, Lee m. fl. (2012) (artikkel 5 i tabell 2) er en oversiktsartikkel over oversiktsartikler. Den tar for seg ulike komponenter som inngår i begrepet Trauma Spectrum Respons (TSR), og er valgt ut ifra at den tar for seg flere symptomer som inngår i PTSD og er tilgjengelig i fulltekst samt at den ut ifra vår vurdering er en kvalitetsmessig god artikkel. Den undersøker bl.a. effekten av akupunktur for angst, depresjon og insomnia. Det er også foretatt søk av forfatterne for å finne oversiktsartikler på PTSD, noe som ikke forelå da denne artikkelen ble skrevet. Oversiktsartikkelen vi har tatt med på PTSD er fra 2013 (artikkel 4 i tabell 2). Artikkelen inkluderer bl.a. en oversiktsartikkel på kun angst av Pilkington m.fl. (2007), som er forfatter av den ene oversiktsartikkelen (nr 3 i tabell 2) vi benytter i oppgaven.

I aktuelle artikler vi fant, ved søk i ulike databaser og søkemotorer, var det i noen tilfeller aktuelt å gå til referanselisten for å lese primærlitteratur som er oppgitt.

## 2.2 Vurdering av artikkelforfattere

Noen av forfatterne i to av artiklene (artikkel 1 og 2 i tabell 2), Hollifield, Sinclair-Lian og Hammerschlag er kjent for å være gode forskere, med gode publikasjoner. Hammerschlag er blant annet en av forfatterne bak reviderte STRICTA retningslinjer (MacPherson m.fl. 2010).

## 2.3 Vurdering av teoriforfattere

Av pensum og støttelitteratur har vi valgt å benytte *The Psyche in Chinese Medicine* av Giovanni Maciocia (2009), *The Practice of Chinese Medicine* av Giovanni Maciocia (2008), *Dragon Rises, Red Bird Flies* av Leon Hammer (2010) og *Akupunktur og Sykdomsbehandling* av Nigel Ching (2008). Dette er litteratur som er benyttet av NHCK og dermed vurdert som god litteratur på området. Ching (2008) baserer sin lærebok på litteratur av Maciocia. Det er derfor å forvente at det er sammenfallende syn på syndromer og symptomer.

Vi har i tillegg benyttet en bok omhandlende PTSD som diagnose i et TKM perspektiv; ”*The Treatment of PTSD with Chinese Medicine -An Integrative Approach*” (Chang, Wei-dong og Yong 2010). Denne boken tar for seg forklaringsmodeller og forskning i TKM. Boken beskriver et annet syn enn Maciocia og Ching. Hammer har også et annet syn enn Maciocia og Ching. I tillegg tar den for seg vestlig medisinsk tilnærming, og historie bak diagnosen.

Denne boken ble tilfeldig funnet på studieturen til Kina i regi av NHCK. Vi vurderer denne boken som spennende, og kvalitetsmessig bra. Den har tatt med noe av forskningslitteraturen vi har benyttet ellers i oppgaven. Den refererer til gode forskningsartikler, bl.a. artikkelen til Hollifield m.fl (2007) som vi benytter i oppgaven. Chang som er første forfatter av boken, er akupunktør og forsker ved "the Integrative PTSD Treatment Program" ved "FT. Bliss Restoration & Resilience Center" ved "The William Beaumont Army Medical Center", og er medlem av "the Military Acupuncture Society". Han var den første akupunktøren i USA som spesialiserte seg i behandling av soldater med PTSD (Chang, Wei-dong og Yong 2010). Vi anser ham som en erfaren akupunktør, med mye kunnskap om PTSD i både vestlig medisinsk forståelse og TKM.

Som bakgrunn for vestlig perspektiv har vi benyttet en bok av Moxnes (2009). Han er psykologspesialist NPF, og lisensiert gruppeterapeut IGA. Moxnes er også dr. philos og professor i organisasjonspsykologi ved handelshøyskolen BI, og vi vurderer ham som en pålitelig forfatter. Vi har også benyttet litteratur om vestlig diagnose funnet på internett. Dette er i hovedsak norske sider som Nasjonalt Kunnskapscenter, Norsk Helseinformatikk og Senter for Kognitiv Praksis. Vi har vurdert kildene oppimot faglig tyngde. Artikler som er presentert under faget VEKS 2, skrevet av foreleseren Steven Birch, vedrørende shamkontrollproblematikk, er også benyttet.

Mye av arbeidet gikk ut på å gjennomgå pensum- og støttelitteratur og vurdering av forskningslitteratur, for å belyse ulike synspunkter relatert til problemstillingen. Ulike kilder drøftes opp mot hverandre, for å se hva som er sammenfallende og hva som er ulikt.

## 2.4 Metodekritikk

Søket er utført med søkeord som avgrenser søket, og begrenser treffene. Det kan være andre søkeord vi ikke har tatt med i søket som ville gitt treff på andre gode studier. Vi har også begrenset søket til tre databaser. Det er flere databaser vi kunne søkt i, og muligens fått flere treff. Vi vurderte å søke i CHOCRANE etter oversiktsartikler. Ved drøfting med bibliotekaren ved høyskolebiblioteket, NHCK, som har spesialkompetanse på denne type søk, besluttet vi å ikke søke i denne databasen ut ifra argumentet at eventuelle treff her, også ville komme frem i MEDLINE.

Ved søk i de tre databasene vi bestemte oss for å benytte, fikk vi forskjellig antall treff ved de to datoene søkene ble utført, (tabell 1, vedlegg 1 og 5).

Ved søk 29. januar var det flere treff i samtlige databaser, enn ved søk 5. april. Det hadde vært naturlig at det hadde vært flere treff ved andre søk enn ved første søk, men i dette tilfelle var det færre treff. Vi har ikke noen forklaring på årsaken til dette. I EMBASE fant vi tidligere en av artiklene vi har benyttet (Pilkington 2010). Denne fant vi ikke i søket 5.april. Vi har ikke forklaring på forskjell i treffene.

## 2.5 Kildekritikk

Forfattere går igjen i de ulike studiene. Dette kan medføre at de benytter egen litteratur som bakgrunn for nye studier. De vil derfor kunne være farget av tidligere studier de har vært forskere ved.

Boken av Chang, Wei-dong og Yong (2010) er også tilgjengelig på nettstedet Amazon. Vi har vurdert boken av god kvalitet, men kjenner ikke forfatterne fra tidligere, verken fra studiet ved NHCK, eller hørt om dem i annen sammenheng. Vi valgte å ta denne med, da den er relevant, og omhandler PTSD direkte, samt at det ut ifra opplysninger om førsteforfatter i boken, og på internett ser ut til å være en akupunktør med god bakgrunn. Forfatterne tar ikke med TKM differensiering for angst, men PTSD er regnet som en angstlidelse, slik at angst er differensiert under PTSD.

Artiklene som er tatt med i oversiktsartiklene, er i noen grad vurdert i forhold til STRICTA retningslinjer. Det er likevel ikke gjennomiktig hvordan hver enkelt artikkel som er benyttet i to av oversiktsartiklene, skårer med henhold til STRICTA retningslinjer (MacPherson m.fl. 2010). Det er nevnt hvordan artiklene har skåret prosentmessig, men det foreligger ikke noen oversikt over hvert enkelt punkt. Vi vet dermed ikke om bakgrunnsartiklene er kvalitetsmessig gode. Det er likevel erfarne forskere som er medforfattere av disse artiklene.

I TKM pensum- og støttelitteratur som omhandler emosjonelle ubalanser, er PTSD nevnt, men ikke utdypende forklart ut ifra et TKM perspektiv. Symptomene, angst, depresjon og insomni som er en del av PTSD blir derimot forklart i denne litteraturen. Insomni blir likevel ikke forklart i Hammer (2010) sin bok. Vi har i tillegg benyttet en forskningsartikkel som bakgrunns litteratur for å forklare de ulike syndromene som PTSD pasienter blir benevnt under (Sinclair m.fl. 2006).

## 3. Teori

### 3.1 Historisk

Diagnosen PTSD har eksistert i vestlig medisin siden 1980. PTSD diagnosen kom etter Vietnamkrigen, hvor mange amerikanske soldater slet med problemer etter hjemkomsten. Diagnosen ble ett resultat etter at flere forskere hadde observert personer som hadde opplevd konsentrasjonsleirer, voldtekt og krig. Forskerne så at disse menneskene hadde flere felles symptomer og gav det diagnosen PTSD (Moxnes 2009).

Diagnosen er i dag en kjent og aktuell lidelse. Den sees på som et samfunns- og helseproblem. I 2009 lå diagnosen på en fjerdeplass i USA etter alkoholisme, depresjon og sosialangst (Ibid).

Det er én til tre prosent av befolkningen som lever med diagnosen til enn hver tid. Blant asylsøkere og flyktninger er det 10 ganger så mange. Dobbelt så mange kvinner som menn har diagnosen (ibid).

## 3.2 Vestlig definisjon

PTSD er ingen ren angstlidelse, men klassifiseres under angstlidelser. Det er den eneste psykiske angstlidelsen som er påført av ytre hendelser. PTSD har et bredt symptomtilbilde hvor angst er et av mange symptomer. Noen mennesker kan oppleve sterke traumer uten å utvikle PTSD. Personer som får diagnosen PTSD, har enkelte ganger en annen angsttilstand fra før, eller en gitt biologisk eller tillært sårbarhet (Moxnes 2009).

I følge Moxnes (2009) skiller PTSD seg ut blant angstlidelsene, ved å ha ett bredt symptomtilbilde, som bl.a. irritabilitet, sinne, angst, depresjon og vaksomhet. Det som kjennetegner PTSD er at pasienten gjenopplever den traumatiske hendelsen, men klarer ikke å huske detaljene fra den. Personer med PTSD vil i tillegg prøve å unngå situasjoner som gjør at de minnes den traumatiske hendelsen (Moxnes 2009).

Alle hendelser som oppleves som livstruende, skremmende eller grufulle kan føre til PTSD. Dersom hendelsen skjer plutselig, og personen opplever mangel på kontroll over situasjonen, øker risikoen for å utvikle PTSD (NHI 2013).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2013 a), gir følgende eksempler på traumatiske hendelser som kan forårsake PTSD:

- i. *Fare/Trusselsituasjoner*
- ii. *Overgrep/Vold/Voldtekt*
- iii. *Brå og unaturlige dødsfall av en nærstående person*
- iv. *Groteske inntrykk/Sterke vitneopplevelser*
- v. *Ulykker, katastrofer og krig*

(NKTSV 2013 a)

Symptomene som gir grunnlag for diagnosen PTSD er følgende;

- i. *Gjenopplevelse av det som har skjedd*
- ii. *Unngåelse av det som minner om det som har skjedd*
- iii. *Økt kroppslig aktivering*

*Det stilles krav om at man skal ha symptomene over en viss tid.*

(NKTSV 2013 a)

DSM IV diagnosen for PTSD er 309.81 Posttraumatisk stresslidelse, og går under begrepet angstlidelser (vedlegg 4).

Hvis symptomene varer mindre en 3 måneder kalles det en akutt PTSD og hvis symptomene varer lengre enn 3 måneder sees det på som en kronisk PTSD. Det vanlige er å få symptomer innen 6 måneder etter en traumatisk hendelse (Tysland 2003).

### 3.3 PTSD sett ut ifra et TKM perspektiv

Vi presenterer her ulike TKM mønstre som er representert under ulike symptomer vi har definert under PTSD. PTSD er presentert som diagnose, der PTSD er definert av forfatteren. Hvert symptom blir presentert under den enkelte forfatter. Vi tar kun med de relevante mønstrene på angst, depresjon og insomnia som inngår ved PTSD. Dette er fordi andre syndromer har andre årsaker enn PTSD.

#### 3.3.1 Diagnostisere ulike emosjonelle problemer hos pasient

Når man skal diagnostisere emosjonelle problemer, diagnostiserer man på samme måte som ved andre lidelser. Kropp og sjel henger sammen som en enhet og i følge Maciocia (2008) fokuserer man på hudfarge, øyne, puls og tunge (Maciocia 2008).

Hudfargen sier noe om Shen, mens pulsen forteller om Qi. Hvis pulsen viser forandring, mens huden/hudfargen er normal, er det noe som nylig er oppstått. Hvis huden også er forandret er det noe som er pågått over tid. Shen observeres i øynene da øynene reflekterer sinnets tilstand. Hvis den er endret, indikerer det en dypere og mer langvarig lidelse/ubalanse. Observasjon av øynene er derfor viktig i diagnostisering av emosjonelle ubalanser (Maciocia 2008).

#### 3.3.2 PTSD i henhold til Sinclair-Lian m.fl. 2006. Artikkel 1

PTSD er tradisjonelt sett ikke en diagnose i TKM. Symptomene på PTSD, som inkluderer angst, depresjon og insomnia er symptomer som behandles med akupunktur (Sinclair-Lian m.fl. 2006).

Sinclair-Lian m.fl (2006) utarbeidet et rammeverk av TKM mønstre som møter DSM IV kriteriene. Dette ble gjort i forbindelse med forberedelse til en klinisk studie som sammenlignet effekten av kognitiv adferdsterapi (CBT) med akupunktur innen TKM. De benyttet tre ulike tilnæringsmetoder. Engelsk TKM litteratur ble gjennomgått for å kartlegge TKM mønstre for depresjon, angst og insomnia. Tre eksperter innenfor TKM, med 13-15 års erfaring, ble forelagt DSM IV kriterier og PTSD symptomliste. De foreslo ulike TKM diagnostiske mønstre. 20 erfarne TKM behandlere ble bedt om å besvare spørreskjema hvor de ut ifra symptomer basert på DSM IV, ble bedt om å foreta syndromdifferensiering av de ulike mønstrene. Punktkombinasjoner for akupunkturbehandling for hvert av syndromene, ble i tillegg oppgitt. En begrensning var at verken tungebilde eller puls var tilgjengelig. Listen av foreslåtte mønstre ble sendt tilbake til ekspertpanelet, for å lage en diagnostisk modell.

To TKM behandlere gikk sammen om å diagnostisere 21 pasienter med PTSD diagnose, ut ifra den foreløpige modellen. De to utøverne satte hver sin diagnose, og sammenliknet disse, og kom så frem til en konsensus. Tungen ble diagnostisert og puls ble også målt. Det var flere tilleggssymptomer som forekom ofte hos de med PTSD. Deriblant angst, depresjon og insomnia. I tillegg var det symptomer som hodepine, smerte, trøtthet (fatigue) og dårlig appetitt.

Ekspertpanelet foreslo i snitt 5,5 ulike syndromer for PTSD (mellom tre og åtte). En liste over mønstre ble sent til ekspertpanelet, for kommentarer og vurdering. Etter at ekspertpanelet

hadde vurdert svarene fra TKM utøverne, ble det laget en liste over mønstre; LR Qi stagnasjon, LR Ild, HT Ild, LR overacting SP, Qi og Blod Stase, Phlegm Hete/ Ild, Phlegm Damp, HT og SP Xu, HT og KI Xu (inkludert separate HT og KI mønstre), HT og GB Xu, Qi Xu og Blod Xu.

Den diagnostiske modellen ble så benyttet av de to ekspertene for å diagnostisere de 21 PTSD pasientene. Pasientene ble bedt om å oppgi tre hovedplager, hvoretter eksperten satte sin TKM diagnose også ved hjelp av tunge og puls. Ekspertene kom til enighet etter å ha diskutert hvert enkelt tilfelle. De to ekspertene kom i utgangspunktet frem til ganske like diagnoser på de 21 pasientene. LR Qi stagnasjon var den hyppigst forekommende diagnosen, fulgt av diagnoser som LR Qi stagnasjon fører til når den står over tid. Disse diagnosene var LR overacting SP/ST, LR Ild, Phlegm-Ild og Phlegm/Damp. LR mønstre inkluderer symptomer som smerte, emosjonelle problemer som sinne, irritasjon og depresjon. HT Xu mønstre, med og uten KI og SP involvering, var også hyppig forekommende. Noe som reflekterer den nære forbindelsen mellom HT og emosjoner i TKM. Dette gjenspeiles i DSM IV kriteriene for PTSD, som inkluderer HT Shen forstyrrelsessymptomer (Sinclair-Lian m.fl. 2006).

### 3.3.3 PTSD i henhold til Chang, Wei-dong og Yong

Ut ifra forfatterens erfaring presenteres PTSD seg oftest som Shi mønstre, hvor både HT og LR er involvert. De fleste pasientene vil oppleve sinne, panikkanfall, angst, drømmeforstyrret søvn, fullhet i brystet og nummenhet i venstre arm. Etter å ha balansert LR og HT kanalene, vil de underliggende Xu mønstre komme til overflaten. Pasienten vil ved KI og SP Xu mønstre vil ofte ha symptomer på tretthet/slitenhet, nedsatt interesse/lyst for å være i aktivitet, dårlig hukommelse, dårlig fordøyelse og appetitt og korsryggsmerter (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

Chang, Wei-dong og Yong (2010) anser LR og HT Shi mønstre å primært involvere vestlig medisinsk autonome nervesystem, mens KI og SP Xu mønstre involverer primært binyrene (Ibid).

Den vanligste Shi ubalansen er LR Qi stagnasjon, som blant annet gir ustabil humør, depresjon, plommestensfølelse, irritabilitet, insomnia. Qi disharmoni og overskudd av emosjoner vil påvirke normal Qi flyt i kroppen. LR klarer ikke å sørge for fri flyt, og manifestasjoner på LR Qi stagnasjon vil oppstå (Ibid).

En annen LR Shi tilstand er LR Xu (Yin /Blod) som transformeres til Ild. Blant de overskudd syndromene er det i tillegg HT Ild og Phlegm-Fire som forstyrrer HT og GB. I underskuddssyndromene finner man HT og SP Xu, HT og GB Qi Xu og ingen relasjon mellom HT og KI (Ibid).

En fullstendig TKM behandling for PTSD inkluderer i følge forfatterne, en kombinert tilnærming ved bruk av både urter, CBT i TKM perspektiv og akupunktur (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

I TKM diagnostiseres pasienter med PTSD også ut i fra fem fase konstitusjon. Den er bare et av verktøyene for å diagnostisere pasienter med PTSD men de er ofte nyttige og gir ofte en



klarhet eller svar i diagnostiseringen. Er pasienten en tre-type, en ild-, jord-, metall- eller vann-type? For eksempel vil en tre-type med PTSD svært ofte rapportere symptomer på angst og rastløshet, samt vanskeligheter med å hvile mens symptomer på en ild-type vil ofte ha problemer /symptomer som går på relasjonsproblematikk. Jord-type vil ha et unormalt forhold til mat, overspise osv, mens en metall type vil være ekstremt sensitive for miljøet rundt seg selv og vann-type er ofte genetisk disponert for depresjon (Chang, Wei-dong og Yong 2010)

Symptomene på PTSD kan bli modifisert ved fysiske strategier som vil bidra til å forandre den påvakt tilstanden pasienten er i, som er en stor del av sykdomsbilde. For å dempe symptomer brukes medikamenter for å redusere påvakt tilstand. Det kan også benyttes teknikker for å roe det sympatiske nervesystemet, som for eksempel avslapning, visuelle øvelser og akupunktur. Til å lindre den mentale forvirring knyttet til diagnosen, brukes CBT (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

I følge Chang, Wei-dong og Yong (2010) går det ut i fra The acupuncture protocol utgitt av the integrative PTSD program ved the Ft. Bliss Restoration & Resilience Center, en standard oppskrift for akupunkturpunkter i behandling av de tre organen SP, LR og HT som blir angrepet med diagnosen PTSD. I denne behandlingen er det spesielt rettet mot å redusere hovedsymptomene ved PTSD, som på vakt tilstanden/ overaktivitet, angst, depresjon og insomnia ved å roe Shen, tonifisere SP Qi og fremme fri flyt av LR Qi. Denne standard akupunktur behandlingen kombinerer både behandling foran og bak på kropp for å unngå en nedsatt av toleranse grunnet hyppig behandling (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

I TKM er hovedgrunnen til PTSD en tilbakevendende stimulering av de syv følelsene; glede, tanker, angst, tristhet, frykt, redsel og sinne. Tilbakevendende stimulering vil ødelegge/skade de tre indre organene; SP, LR og HT. Når det virker inn på de indre organene vil det også påvirke og forstyrre Qi og Blod. Ved ekstrem frykt og redsel vil Qi bli obstruert og stagnert. Dette føre til Blodstagnasjon som igjen fører til at HT kanalen blir obstruert (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

### 3.3.4 Angst i henhold til Maciocia

Angst er en normal reaksjon på stress og hjelper til å beherske/mestre stresset. Det er når angsten blir større og irrasjonell i hverdagssituasjoner, at det blir en invalidiserende lidelse (Maciocia 2009).

I følge Arne Ømann sitert i Maciocia (2009), er det flere likheter enn forskjeller mellom panikk angst, frykt, fobi og PTSD. Han sier at de viser aktivering av en og samme underliggende angst respons (ibid).

Angstlidelser er hyppig forekommende, og er omfattet av flere undergrupper; generalisert angstlidelse, panikkangst, tvangslidelser (obsessive compulsive disorder), sosial angst, fobi mot spesifikke objekter og PTSD, som er en av undergruppene til angstlidelser (ibid).

Begrepet angst blir ikke anvendt i TKM, men flere lidelser i TKM er likt angst. Det er tre hoved lidelser ; Fear and Palpatitions (Jing Ji), Agitation (Zang Zao) og Panic Throbbing (Zheng Chong) (Ibid).

Fear and Palpatitions (Jing Ji) og Panic Throbbing (Zheng Chong) er de to viktigste, og er aktuelle ved PTSD (Maciocia 2009).

Panic Throbbing fører til bekymring, frykt og angst. Fear and Palpatitions gir som navnet tilsier, palpitasjoner og oppstår ofte etter en ytre hendelse i form av sjokk eller frykt. Denne lidelsen kommer og går. Den andre gir en trykkende følelse i brystet og under navlen. Den er en Xu tilstand. Den kommer ikke av ytre faktorer og den er en mer alvorlig lidelse. Fear and palpatiton kan ved en kronisk tilstand bli til Panic Throbbing. I begge lidelsene er Blood Xu underliggende (Maciocia 2009).

Ved "Fear and Palpatitions" er sjelen ustadig mens i Panic Attacks som tilhører Panic Throbbing er sjelen også ustadig, men i tillegg lett obstruert (Maciocia 2008).

Hovedårsaken til angst er emosjonelt stress. Det er også andre faktorer som konstitusjon og diett som spiller en rolle. En kronisk tilstand av angst kan skyldes flere emosjoner. Oftest nevnes frykt som første årsak til angst, men også bekymring, overdreven glede, sjokk, skyld, skam og grubling kan forårsake en kronisk angsttilstand. Alle disse følelsene kan føre til Qi stagnasjon som etter en stund vil generere Hete, og med tid angripe Blod og Yin. Dette fører til Blod og/eller Yin Xu. Det utvikles Hete som kan påvirke Shen og føre til angst. Qi stagnasjon og Qi Xu som kommer fra emosjonelt stress, kan føre til dannelse av Phlegm som vil obstruere Shen og føre til alvorlig angst og panikkanfall (Maciocia 2009).

Når sjokk angriper HT vil ikke HT klare å huse Shen. Tanker vil oppstå raskt og ukontrollert slik at Qi blir kaotisk (Maciocia 2008).

Angst oppstår også grunnet en konstitusjonell tendens. I følge Maciocia (2008) har mange mennesker en tendens til å bli bekymret og få angst, uten en ytre faktor/årsak. Et viktig tegn på denne konstitusjonelle faktor til emosjonelt stress og angst er HT crack på tungen (Ibi).

### **3.3.5 Angst i henhold til Ching**

I følge Ching (2008) er angst et tegn/symptom på at Shen ikke er ordentlig rotet i HT, fordi HT enten har en svakhet eller en Xu tilstand av Blod, Qi eller Yin. Det kan også være at Shen er i ubalanse/forstyrret av Hete. Behandlingen av angst vil være å roe Shen (Ching 2008).

Shi tilstandene som gir angst er; Phlegm-Hete hvor Phlegm vil blokkere HT, sløre Shen og hindre pasienten å tenke klart. Hete vil opphisse Shen og gi en rastløs nervøsitet. HT ild forstyrrer Shen og fører til at Shen blir rastløst og urolig. HT Qi stagnasjon fører til at HT har vanskeligheter med å huse Shen og kan føre til depresjon, angst, ukontrollerte følelser og hjertebank (Ibid).

Xu tilstanden HT Qi Xu gjør at Shen ikke næres og beskyttes slik at pasienten vil føle seg engstelig og utilpass. HT Yin Xu opptrer ofte sammen med KI Yin Xu. Yin Xu fører til at Shen ikke forankres og blir urolig. HT Blod Xu; her er Blodet ikke sterkt nok og klarer ikke å forankre Shen. Shen blir derfor urolig (Ibid).

HT-GB Qi Xu kan bygge på en medfødt ustabil Shen, eller at Shen har blitt forstyrret grunnet et stort sjokk eller langvarig angst. Pasienten vil være nervøs, redd og bli lett forskrekket grunnet den ustabile Shen (Ching 2008).

### 3.3.6 Angst i henhold til Hammer

Hammer (2010) skriver om hvordan nervesystemet angriper organer, og hvordan organer påvirker nervesystemet ved ytre påkjenninger. Hvis HT og LR er svekket over tid, vil det svekke nervesystemet. Hvert organ har en energi som nervesystemet er avhengig av. KI Essensen utvikler og reparer nervesystemet. LR Blod er viktig for det perifere nervesystem og har effekt på det mentale plan når det gjelder planlegging. HT kontrollerer sirkulasjon og den beviste tilstedeværelse. HT og LR har et spesielt forhold. SP og pankreas produserer glukose som er essensielt for at nervesystemet skal fungere. LU sørger for Qi som er drevet av KI Yang som er kraften bak hele systemet (Hammer 2010).

Hammer (2010) skriver om et plutselig emosjonelt stress som først vil angripe det sårbare organet. Hvis ingen av organene er sårbare, vil stresset angripe organet følelsen er knyttet til. Gjennom organet vil det påvirke nervesystemet hvis det er sårbart. Emosjonelt stress vil først angripe et organ og deretter nervesystemet. Hammer (2010) gir et eksempel på dette ved at hvis HT og nervesystemet er sårbart, vil stresset påvirke sinnet som kontrolleres av HT og det vil oppstå mentale symptomer som angst, mareritt, fobier og urolighet. Er nervesystemet sterkt så vil det gi fysiske symptomer i det påvirkede organet, eller flytte til et annet organ. Et sjokk som påvirker HT gir palpitasjon ved aktivitet, insomnia, kortpustethet og tretthet. (Hammer 2010).

Plutselige og sterke følelser vil blokkere og stimulere sirkulasjonen av Qi og Blod. Sjokk virker inn på sirkulasjonen og hjertet reagerer ved å slå hardere og fortere (Ibid).

Angst har en vid definisjon. Det som beskriver den generelt, er en følelse av trussel uten at personen som føler denne trusselen klarer å fortelle eller tenke hva som er truende. Angst er også definert som et forsvar av en ukomfortabel karakter. Den utarter seg fysiologisk i form av forstyrret pust, rask hjerterytme, vasovagale reaksjoner, skjelving, paralyse og svetting. Det er i tillegg psykiske symptomer i form av ukomfortable følelser, opplevelser og engstelse (Ibid).

Angst er i følge Hammer (2010) ikke bare et tegn på at alt ikke er som det skal, det viser også at kroppen har en evne til å reagere. Det er et symptom på liv og indikerer at en person har evne og styrke til å kjempe/slåss mot sykdom, mens derimot ved depresjon så har en gitt opp å kjempe (Ibid).

### 3.3.7 Depresjon i henhold til Maciocia

I TKM betyr Yu både depresjon og stagnasjon. Maciocia (2008) trekker frem stagnasjon som årsak til depresjon.

Qi, Blod, Damp, Phlegm og Hete kan stagnere. Qi stagnasjon er den viktigste faktoren til mental sykdom. Følelser som sinne, grubling, bekymring, tristhet, sjokk og frykt kan forårsake stagnasjon, og er årsak til mental sykdom (Maciocia 2008).

Maciocia (2008) skriver om Zhang Jing Yue som sier;

*"In the six stagnations, stagnation is the cause of the disease. In emotional stagnation, the disease (i.e. the emotion) is the cause of the stagnation"*

(Maciocia 2008: 336).

Den andre betydningen av Yu er depresjon. Yu refereres til sykdom kategorisert som mental depresjon. I TKM er stagnasjon og mental depresjon nærmest synonymt da all depresjon er resultat av stagnasjon. Det første resultatet av emosjonelt stress er en form for Qi stagnasjon. Stresset angriper ikke bare LR. Emosjonelt stress angriper spesielt HT, LU og SP. Shi tilstandene er LR Qi stagnasjon, HT og LU Qi stagnasjon, LR Qi stagnasjon med Hete, Blodstase og Qi stagnasjon med Phlegm. Av Xu tilstandene er det HT og SP Xu, HT Yang Xu, KI og HT Xu med tom Hete og KI-Yang Xu (Ibid).

### **3.3.8 Depresjon i henhold til Hammer**

HT kontrollerer sirkulasjonen. KI lagrer Essensen som er viktig for å danne Blod. LR lagrer Blod og lagrer dermed energien til hele systemet. Tap av sirkulasjon, som skjer ved sjokk, vil påvirke HT. HT kontrollerer sinnet og Shen og er assosiert med glede. Den mentale funksjonen blir påvirket, og mangel på glede vil føre til depresjon (Hammer 2010).

Depresjon er et signal på at kampen er over, kroppen har ikke lenger kapasitet til å bevege seg videre i livet (Hammer 2010).

### **3.3.9 Depresjon i henhold til Chang, Wei-dong og Yong**

Chang, Wei-dong og Yong (2010) beskriver de seks depresjoner som en stagnasjon av Qi, Blod, Damp, Phlegm, og Ild. Qi depresjon er et resultat av udekkede behov. Dette påvirker LR sin evne til å sørge for fri flyt av Qi. PTSD blir av pasienten beskrevet som en lidelse pasienten ikke har kontroll over, akkurat som Qi som ikke flyter fritt. Når pasienten ikke føler at de blir "normale" igjen vil LR Qi bli enda mer stagnert (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

Blod depresjon kan være opphavet til Qi stagnasjon eller kommer fra Blod Xu som gjør at Blodet ikke nærer årene. Qi beveger Blod. Når Qi stagnerer vil det også føre til Blodstagnasjon. Blodstagnasjon og Blodstase kan også føre til Qi depresjon (Ibid).

Damp depresjon involverer akkumulering av væske. Qi skal bevege væske. Qi stagnasjon vil derfor føre en akkumulering av væske. Over tid vil akkumulasjon av Damp påvirke fri flyt av Qi og dette vil resultere i depresjon. Damp som står over tid kan omdannes til Phlegm. Phlegm kan dermed føre til obstruksjon, og hindre fri flyt av Qi (Ibid).

Mat blir transportert og transformert av Qi. Overspising kan føre til stagnasjon av Qi og depresjon slik at fri flyt av Qi vil bli svekket (Ibid).

### 3.3.10 Depresjon i henhold til Ching

Ching (2008) skriver at depresjon ofte begynner med en ren Qi stagnasjon. Over tid vil det kunne utvikle seg til flere ulike kompliserte mønstre/syndromer som en konsekvens av en stående stagnasjon. Denne Qi stagnasjonen kan påvirke alle organer, men først og fremst er det HT og LR som blir påvirket. HT huser Shen så alle emosjonelle ubalanser vil kunne påvirke HT. Det er LR som skal fremme fri flyt av Qi. Hvis LR ikke klarer dette, vil det føre til LR Qi stagnasjon (Ching 2008).

Depresjon deles inn i ulike mønstre, Shi og Xu. Shi tilstandene består av LR Qi stagnasjon, Blod stase og Phlegm og Qi stagnasjon. LR Qi stagnasjon vil forstyrre andre organer i deres funksjoner. Dette vil igjen føre til tegn på andre ubalanser i andre organsystemer. Blod stase oppstår ofte som en konsekvens av andre kroniske mønstre. Angst og sjokk kan stagnere Qi og stagnere HT Blod. Det er Qi som stagneres først så en Blod stase er mer kronisk og alvorlig. Phlegm og Qi stagnasjon er ofte tilstede ved en kronisk depresjon da Phlegm vil hindre bevegelsen av Qi og sløre Shen (Ibid).

Xu tilstandene består av HT Qi og Blod Xu, SP Qi Xu, HT Yin og Blod Xu, Zong Qi Xu og KI og HT Yang Xu. HT Qi og Blod Xu som fører til at Shen ikke næres og beskyttes, og pasienten vil føle seg trist og deprimert. Denne ubalansen svekkes etter langvarig eller kraftige følelsesmessige belastninger. Qi og Blod Xu oppstår etter bl.a. stress og sjokk. SP Qi Xu er ofte involvert her, da det involverer Blod Xu, samt at bekymringer og for mye tenkning svekker SP. HT Yin og Blod Xu er et resultat av stress, sjokk og følelsesmessige belastninger. Syndromet vil gjøre at Shen ikke næres og forankres. Er det en Tom Hete vil Hete kunne aktivere og forstyrre Shen. Ved Zong Qi Xu er Qi blitt svekket av sorg og tristhet. En svak Zong Qi vil kunne manifestere seg, da den ikke nærer LU og HT. KI og HT Yang Xu er ofte utviklet på bakgrunn av en KI og SP Yang Xu og inngår ikke i en PTSD diagnose (Ching 2008).

### 3.3.11 Insomnia i henhold til Maciocia

Begrepet insomnia omfavner i TKM ulike problemer. Vanskeligheter med å falle i søvn, oppvåkning i løpet av natten, urolig søvn, drømmeforstyrret søvn og tidlig oppvåkning er problemer som inngår.

Søvnkvaliteten er avhengig av Shens tilstand. Shen er rotet i HT og spesielt i HT Yin og Blod. Søvnkvaliteten er derfor god hvis HT er friskt og det er rikelig med Blod. Hvis derimot HT er Xu eller angrepet av YPF i form av Ild, vil ikke Shen være rotet og det vil gå utover søvnen (Maciocia 2009).

YPF kan forstyrre søvnen. Emosjonelt stress som fører til en ubalanse i de indre organer vil forstyrre søvnen. Påvirkes Blod og Essense, vil det gå utover Shen da Essens og Qi er roten til Shen. Shen vil da ikke være forankret og det fører til insomnia (Maciocia 2009).

Hun er forankret i LR og spiller en viktig rolle for søvnen. Hun skal returnere til LR om natten. Er Hun godt forankret, vil søvnen være normal og rolig og ikke med for mange drømmer. Hvis LR Blod eller Yin er svekket vil ikke Hun forankres i LR. Den vil vandre om

natten og skape mange drømmer og rastløs søvn. YPF som Vind og Ild kan svekke LR (Maciocia 2009).

KI huser viljestyrke Zhi, som er roten til Shen. Den kontrollerer hukommelse og søvn og kan også påvirke søvnen. Er KI og Zhi svak vil man sove dårlig, og spesielt våkne opp flere ganger i løpet av natten (Maciocia 2009).

Emosjonelt stress er en årsak til insomnia. Bekymring og grubling påvirker SP, LU og HT. Når SP er svak lages ikke nok Blod og denne svakheten vil igjen påvirke HT som ikke klarer å huse Shen. Bekymring virker direkte inn på HT Blod og fører til at Shen blir svekket. HT Hete vil også føre til insomnia. Bekymring fører til at HT Qi stagnerer og vil over tid gi HT Blod stase som forstyrrer Shen, og fører til insomnia (Maciocia 2009).

Sinne kan også føre til insomnia. Frustrasjon og irritasjon kan føre til LR Yang rising eller LR Ild som påvirker Hun. Dette gjør at Hun ikke er forankret i LR om natten og vil gi drømmeforstyrret søvn eller insomnia (Maciocia 2009).

Maciocia (2009) har følgende Shi tilstander som kan forårsake insomnia, LR Ild rising, HT Ild rising, Phlegm- Hete som forstyrrer Shen, HT Qi stagnasjon, HT Blod stase og LR Qi stagnasjon. Av underskuddstilstandene er det HT-SP Blod Xu, HT Yin Xu, HT og KI not Harmonized, HT og GB Xu, LR Yin Xu samt LR og KI Yin Xu (Ibid).

### 3.3.12 Insomnia i henhold til Ching

I TKM vil ekte søvnløshet alltid være forårsaket av en ubalanse som involverer Shen. En god søvn vil være avhengig av en sunn og rolig Shen og behandling av søvnløshet vil hovedsakelig rettes mot å roe Shen. Shen er mest Yang som er den mest flyktige av alle kroppssubstanser, og skal forankres av Yin eller Blod. Shen kan forstyrres, eller bli overstimulert av Xu- eller Shi Hete. Shen er knyttet til de ulike organene og har forskjellige aspekter. Sjelen til LR er Hun, og er sentral ved søvnløshet. Hun blir forstyrret ved Qi stagnasjon og/eller Blod Stase og fører til at Blod ikke kommer tilbake til LR. Hun er da ikke rotfestet i LR Blod (Ching 2008).

I følge Ching (2008) blir alle følelser og opplevelser registrert av Shen. Angst, bekymring og frykt er følelsesmessige opplevelser som påvirker Shen. Kraftige påvirkninger av Shen vil stagnere HT Qi. Dette fører til HT Hete. Hete påvirker Shen som igjen fører til insomnia (Ibid).

LR Qi stagnasjon kommer ofte av følelser som frustrasjon, stress og sinne, som ikke kommer til uttrykk. LR Qi stagnasjon påvirker Shen ved å hindre Blod i å bevege seg fritt. Hvis stagnasjonen blir langvarig vil den generere Hete som kan overaktivere og forstyrre Shen og føre til insomnia (Ibid).

Sinne som er ukontrollert og kraftig, kan skape LR Ild og angripe Shen. Bekymring og grubling vil svekke SP som ikke vil klare å produsere Blod. Blod forankrer Shen. KI og HT Yin svekkes av sjokk og angst. Dette vil skade GB Qi. Det oppstår angst og frykt som fører til at Shen blir urolig (Ibid).

Ved behandling av insomnia er det viktig å kartlegge om det er et Shi eller Xu mønster. Det kan være flere mønstre tilstede. Det kartlegges om det der en akutt eller kronisk tilstand, hvor akutt ofte er forårsaket av LR Qi stagnasjon, LR Ild, matstagnasjon eller Shi varme. Hvis pasienten har vanskeligheter med å falle i søvn er det ofte en Blod Xu. Våkner pasienten etter å ha falt i søvn, tyder det på Yin Xu, Qi stagnasjon eller Ild. Er pasienten rastløs om natten, eller at tankene surrer og hindrer søvn, er det Hete tilstede. Heten vil aktivere og stimulere Shen uavhengig om Heten skyldes Xu eller Shi tilstand. Ved Blod Xu vil pasienten ha vanskeligheter med å sove, men Shen vil være rolig (Ching 2008).

Skyldes insomnia stress eller en følelsesmessig tilstand, er det ofte LR Qi stagnasjon eller LR Ild. Stress og for mye mental aktivitet vil forverre HT Yin Xu eller Blod Xu (Ibid).

Skyldes insomnia HT eller KI Yin Xu kan pasienten ha hjertebank, uro eller angst. Drømmeforstyrret søvn i form av livlige drømmer eller mareritt, indikere at Hun ikke er forankret i LR Blod, eller at det er for mye Hete i LR. Dette fører til at Hun blir rastløs og aktiv istedenfor å falle til ro (Ching 2008).

Av Shi tilstander trekker Ching (2008) frem LR Qi stagnasjon, LR Ild, HT Ild og Phlegm-Hete. Disse kommer av langvarig påvirkning av følelser og skaper Hete i HT. Phlegm kan oppstå når Hete tørker kroppsvæskene inn.

Xu tilstander som fører til insomnia, er flere. HT og KI Yin Xu, HT og GB Qi Xu samt LR Yin og Blod Xu, er relevante ubalanser i forhold til PTSD. HT Yin svekkes bl.a. av stress, sjokk og følelsesmessige belastninger. KI Yin Xu kan være en medfødt svakhet. HT og GB Qi Xu oppstår når Shen har blitt forstyrret, og er blitt utsatt for et stort sjokk eller langvarig angst. LR Yin og Blod Xu fører til at Hun ikke forankres, og vil vandre om natten (Ching 2008).

### **3.3.13 Insomnia i henhold til Chang, Wei-dong og Yong**

Chang, Wei-dong og Yong (2010) trekker frem insomnia som et symptom på LR Qi stagnasjon, og at LR Qi stagnasjon genererer Hete og sender Ild oppover. Dette forstyrrer Shen og kan forårsake insomnia og mareritt (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

Phlegm og Ild som forstyrrer HT og GB, vil føre til insomnia og drømmeforstyrret søvn etter en traumatisk hendelse. Syndromet vil gi hyppig mareritt. LR og GB er parorganer og knyttet til emosjoner. Frykt og emosjonell ustabilitet vil påvirke begge organene. Qi stagnasjon kan føre til stagnasjon av Phlegm som igjen fører til Ild som stiger og angriper HT og forstyrrer Shen. Phlegm-Ild kan angripe både HT og GB, og resultere i insomnia og drømmeforstyrret søvn (Ibid).

Av Xu tilstander fører HT og SP Xu til insomnia. Indre angrep fra emosjoner kan føre til forbruk av Blod og dårlig næring til SP og HT. Dette kan fører til forstyrret Shen i form av insomnia og emosjonelle forstyrrelser (Ibid).

HT og GB Qi Xu kan gi vanskeligheter med å falle i søvn og hyppige mareritt. Frykt leder til forstyrrelse av Qi, som fører til at HT ikke klarer å huse Shen. Dette gir dårlig søvnkvalitet og mareritt (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

For mye tankevirksomhet fører til ubalanse mellom HT Ild og KI Vann. HT og KI Yin Xu vil kunne føre til Ild. Ild vil stige og forstyrre Shen som vil gi symptomer som insomni og drømmeforstyrret søvn. Forstyrret forbindelse mellom HT og KI fører til vanskeligheter med å falle i søvn. (Chang, Wei-dong og Yong 2010).

### **3.4 Presentasjon av anvendte artikler**

Vi presenterer her fire av artiklene vi har valgt etter litteratursøk. Studiene presenteres for å belyse effekten på diagnosen PTSD, i tillegg til angst, depresjon og insomni. Symptomene er tidligere presentert i teorikapitlet. Det er laget tabeller for å presentere delstudiene som inngår i oversiktsartiklene. Dette for å vise de ulike behandlingsformene, hvilke kontroller som er benyttet, hvilke måleinstrument som er brukt, samt kvalitet på studiene og hvilket resultat studiene viser.

#### **3.4.1 Artikkel 2 Hollifield m.fl. 2007 Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Controlled Pilot Trial**

Studien har to formål. Det ene er å utvikle en TKM akupunktur diagnostiserings- og behandlingsprotokoll for PTSD. Det andre er å undersøke effekten av akupunkturbehandling for PTSD. Utviklingen av diagnostiserings- og behandlingsprotokollen er beskrevet i en artikkel som er benyttet tidligere i oppgaven for å definere PTSD i et TKM perspektiv (Sinclair-Lian m. fl. 2006). Studien har et trearmet design. En gruppe fikk tradisjonell akupunktur i kombinasjon med øreakupunktur, en gruppe fikk kognitiv adferdsterapi (CBT), og det var en ventelistegruppe (WL) (Hollifield m.fl. 2007).

Deltagerne ble diagnostisert ut ifra TKM diagnosesystem før randomisering. De primære diagnosene er HT Shen forstyrrelse, LR Qi stagnasjon, og KI Xu. Pasientene fikk standardpunkter som vekslet mellom rygg og mageleie, for å unngå punkttrøtthet. I tillegg fikk pasientene noen punkter tilpasset den enkeltes ubalanse. Dette vurderes som semistandardisert behandling (Ibid).

Det ble problematisert at farmakologisk industri krever standardisert behandling for at en studie skal være regnet som god. Dette ble ivarettatt ved at deltagerne i hovedsak fikk standardbehandling. Innen TKM er det ulik diagnose for samme lidelse, og det ble derfor gitt tilleggsbehandling med ulike punkter ut ifra hvilken TKM diagnose den enkelte deltageren hadde (Ibid).

Ørefrø ble satt på pasientens øre på faste ørepunkter. Pasienten skulle stimulere punktene selv, ved å massere 15 minutter pr dag (Ibid).

Den ene kontrollgruppene fikk CBT mens den siste gruppen var venteliste kontroll som ikke fikk behandling, men skulle få behandling med akupunktur etter endt studie. Hypotesen var at



akupunkturbehandling skulle redusere PTSD symptomer på nivå med CBT, og bedre enn ventelistekontrollene (Hollifield m.fl. 2007).

Styrkeberegning ble på forhånd kalkulert ut ifra forventet effekt, og ut ifra tidligere oppnådd effekt ved CBT. Det ble beregnet at det burde være 30 deltagere pr gruppe. Totalt 90 i studien. Det endte med totalt 84 deltagere (Ibid).

Effektmålene var forandring i symptomer på PTSD; Posttraumatic Symptom Scale-Self Report (PSS-SR), Depresjon; The self-rated Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25), Angst; (HSCL-25) og funksjon/mestring; The Sheehan Disability Inventory (SDI)(Ibid).

Resultatene i studien viste at akupunkturbehandling og CBT behandling har like god effekt, og viser signifikant bedre resultater enn ventelistegruppen. Resultatene var også bedre tre måneder etter endt behandling (Ibid).

Det var flere begrensninger som forfatterne pekte på ved studien. Det er ikke benyttet kontrollgruppe med sham akupunktur, noe som er problematisk i forhold til å trekke konklusjoner på effekt, da det ikke er kontroll for placebo (Ibid).

Intervensjonen akupunkturen sammenlignes med, er en type CBT som ikke tidligere er evaluert, og sammenlignet med andre anerkjente behandlingsformer for PTSD. Det kan være at resultatet av studien ikke hadde vært like bra, dersom kontrollgruppen hadde fått en anerkjent behandlingsform, som tidligere hadde vært utprøvd på denne pasientgruppen (Ibid).

Deltagerne i studien var høyt utdannede, ressurssterke mennesker som var motivert for behandling, og som hadde tatt kontakt selv, for å delta (Hollifield m.fl. 2007).

### **3.4.2 Artikkel 3 Pilkington 2010, Acupuncture for anxiety and anxiety disorders - A systematic literature review**

Pilkington (2010) har skrevet en oversiktsartikkel over studier som er gjort på angst, depresjon og akupunktur. Det er utført noen studier innen feltet, men kliniske studier som tidligere er gjort på depresjon, har vært av ulik kvalitet (Pilkington 2010).

I følge forfatteren var det vanskelig å finne gode studier gjort på angstlidelser. Pilkington (2010) kunne av denne grunn ikke trekke noen konklusjon på det feltet.

Studiene som er inkludert omhandlende depresjon, er valgt ut etter gjennomgang av systematiske reviews, Cochrane- og andre større databaser, hvor det er søkt på acupuncture, depression or depressive disorders (Ibid).

Tabell 3 viser oversikt over studier på depresjon som forfatteren har tatt med i sin oversiktsartikkel. Her er det presentert hvilke kriterier som er benyttet i diagnostiseringen av deltagere, behandling som er gitt, inkludert om det er gitt standardisert behandling eller semistandardisert behandling, hvilke måleinstrument som er benyttet samt resultatet av studien.

Forfatter	Antall	Diagnostiske kriterier	Behandling	Mål	Kontroll	Resultat
Duan et al.2009	95	ICD10	Elektroakupunktur (EA)+ medikamentell (MK) Semistandardisert behandling	HAM-D	MK	Signifikant(S) bedring med EA
Duan et al. 2008	75	CCMD-3	EA+ MK Semistandardisert behandling	HAM-D	MK / EA	S bedre med både EA og MK enn kun en av delene
Fu et al2008	440	CCMD-2	Manuell akupunktur (MA) Standardisert behandling	HAM-D	MK/Non akupunkt nåling NAN	Ikke signifikant(IS) bedre MA vs. MK S: MA vs. NAN
Li and Liu2007	56	CCMD-3	EA+MA Semistandardisert behandling	HAM-D	MK	NS
Liu et al.2009	41	CCMD-3	EA +MK Semistandardisert behandling	TESS	MK	S
Qiao and Cheng 2007	40	CCMD	MA Standardisert behandling	HAM-D	MK	NS
Song et al 2007	90	DSM-IV	EA Standardisert behandling	HAM-D	MK	NS
Xie and Li2009	120	ICD 10	MA Standardisert behandling	HAM-D	MK	NS
Whiting et. Al 2008	19	CISR	MA Semistandardisert behandling	BDI	Non spesifikk needling (NSN)	Ikke konklusiv
Zang and Zhao 2007	100	CCMD	MA Standardisert behandling	HAM-D	MK	NS
Zhang et. Al. 2010	80	DSM-IV	MA+MK+Placebo Standardisert behandling	HAM-D	MK+ NSN	NS
Zhang et. Al. 2007a	42	CCMD-3	EA+MK Semistandardisert behandling	HAM-D	MK	S
Zhang et. Al. 2007b	80	CCMD-3	EA Standardisert behandling	HAM-D	MK	S

Tabell 3 Oversikt over benyttede artikler i oversiktsartikkelen.

Flere studier viser signifikant bedring med akupunktur, sammenliknet med medikamentell behandling. Det er også studier med samme intervensjon, som ikke viser signifikant bedring, (Pilkington 2010).

Noen få studier inkluderer en form for placebokontroll i form av nålebehandling på ikke akupunkturpunkter, og sham EA 1cm fra akupunkturpunktet, men uten spenning. Det var en studie som ikke viste signifikant bedring, mens en ikke var konklusiv, og en viste signifikant bedring(Ibid).

Det er stor forskjell i antall behandlinger som ble gitt (varierte mellom 12 og 42 behandlinger), og varigheten av behandlingene (varierte mellom 4 og 12 uker (Pilkington 2010)).

Studiene som er tatt med i oversiktsartikkelen viser at akupunktur i form av EA eller MA har like god effekt, eller bedre effekt enn MK behandling. Det er likevel mange utfordringer med hensyn til studiedesign og metode, ved studiene som er med i oversiktsartikkelen. En del studier på området benytter subjektive mål på effekt, slik som klinisk vurdering og symptomvurderingsskala. Det er behov for utvikling av behandlingsprotokoll for akupunkturbehandling ved depresjon, fordi det er mange ulike tilnærminger. Rasjonale for behandlingen som er gitt i de ulike studiene er sjeldent beskrevet. Det er også stor forskjell på kontrollgruppene, og type kontrollbehandling i de ulike studiene (Ibid).

Det er ikke tilstrekkelig resultater på området til å kunne konkludere, fordi det er en stor risiko for bias i de studiene som er utført. Forfatteren konkluderer med at det er lite god forskning på området, som kan forklares ut ifra at etiologien til angst og depresjon foreløpig ikke er fullt ut forstått (Ibid).

#### **3.4.3 Artikkel 4 Young-Dae m.fl. 2013 Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Prospective Clinical Trials**

Formålet med artikkelen er å evaluere de foreliggende studiene, for å vurdere om akupunktur har effekt på PTSD (Young-Dae m.fl. 2013).

Forfatterne gjennomgikk systematisk 23 elektroniske databaser etter ulik litteratur om PTSD.

Både randomiserte kontrollerte studier (RCT), ikke randomiserte kontrollerte studier, som sammenlignet akupunktur eller varianter av akupunktur med kontrollgrupper ble inkludert. Ukontrollerte kliniske studier (UCT) på akupunktur for PTSD ble også inkludert (Ibid).

Alle studier med deltagere som har fått sin diagnose ut ifra enten ICD10 eller DMS IV ble inkludert. Studier med akupunkturbehandling i form av klassisk akupunktur, øreakupunktur og elektroakupunktur ble inkludert. Komplekse behandlingsstrategier hvor både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen mottok kontrollintervensjonen, ble inkludert. Studier hvor kontrollgruppen mottok ingen behandling, sham-/placeboakupunktur eller konvensjonell terapi for PTSD pasienter, ble inkludert.

Målene for effekt ble vurdert ut ifra seks punkter;

1. reduksjon i alvorlighet av PTSD symptomer,
2. avverging/reduksjon av traumarelatert komorbid lidelse,
3. pasienten følger behandlingsplan
4. respons på behandling,
5. sosial, yrkesmessig, tilpassing og mellommenneskelig fungering,
6. livskvalitet og antall tilbakefall.

Måleredskap var enhver skala for PTSD, depresjon og angst som benyttes i klinikken. Andre typer måleinstrumenter som ble benyttet for vurdering av effekt ble vurdert ut ifra den predefinerte protokollen (Young-Dae m.fl. 2013).

Tabell 4 viser oversikt over studier på PTSD som forfatterne har tatt med i sin oversiktsartikkel. Her er det presentert hvilke kriterier som er benyttet i diagnostiseringen av deltagere, behandling som er gitt, inkludert om det er gitt standardisert behandling eller semistandardisert behandling, hvilke måleinstrument som er benyttet samt resultatet av studien

Forfatter av RCT	Antall delt.	Behandling	Kontroll	Mål	Antall beh.	Kvalitet	Konklusjon
Hollifield et al 2007	84	MA+ ØA/ CBT  Semistandardisert	Venteliste kontroll (VK)	PTSD skala (PSS-SR) Depresjon (HSCL-25) Angst (HSCL-25) Daglig fungering (SDI)	24	++	Signifikant bedre på alle mål med MA+ØA sammenliknet med VK MA+ØA og CBT like effektivt
Zang et al. 2010	276	EA/ EA + moxa/ EA+ØA  Standardisert	MK	PTSD skala (CAPS) Depresjon (HAM-D) Angst (HAM-A)	36	+	Ikke bedre effect med EA/ EA + moxa/ EA+ØA enn MK
Zang et al. 2010	92	EA + moxa  Standardisert	MK	PTSD skala (CAPS) Depresjon (HAM-D) Angst (HAM-A)	36		EA + moxa signifikant bedre enn MK
Zang et al. 2011	91	Akupunktur-punkt stimulering + CBT  Ukjent	CBT	PTSD skala (IES-R) PTSD skala (selv utfylt spørreskj.)	3-4 i løpet av en uke	-	Signifikant bedre med Akupunktur-punkt stimulering + CBT enn kun CBT
Forfatter av UCT	Antall delt.	Behandling	Kontroll	Mål	Antall beh.	Kvalitet	Konklusjon
Wang et al 2009	69	EA +ØA+ moxa	ingen	Antall kurert sammenlikn. med bedring og ikke bedre	36	-	Behandling effektiv hos 65 av 69 (94,2 %)
Yuan et al 2009	34	MA	ingen	Antall kurert sammenlikn. med bedring og ikke bedre	34	-	Behandling effektiv hos 31 av 34 (91,2 %)

Tabell 4 Oversikt over benyttede artikler i oversiktsartikkelen.

Fire RCT studier og to UCT studier ble valgt med bakgrunn i at de oppfylte inklusjonskriteriene (Young-Dae m.fl. 2013).

Det ble ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger av behandlingen. Noen blødninger, hematomer, nåleskrekke og besvimelser ble rapportert, men ikke noen alvorlige (Young-Dae m.fl. 2013).

Det ble foretatt en metaanalyse på bakgrunn av resultatene fra to av RCT studiene. Elektroakupunktur og moxabehandling ga overlegent bedre resultater enn SSRI ved behandlingen av PTSD på alle tre måleinstrumentene; PTSD Clinician-administered PTSD scale (CAPS), depresjon, Hamilton depression rating scale (HAMD) og Angst Hamilton anxiety rating scale (HAMA). Disse resultatene er imidlertid basert på to RCT studier, hvor den ene hadde medium- og andre lav kvalitet mht STRICTA retningslinjer (MacPherson m.fl. 2010). Reliabiliteten til disse to studiene er derfor tvilsomme (Young-Dae m.fl. 2013).

En RCT studie viste like god terapeutisk effekt som CBT, og bedre resultater enn ventelistekontroller med hensyn til både depresjon- (HSCL-25), angst- (HSCL-25) og PTSD skala (PSS-SR) (Young-Dae m.fl. 2013). Denne studien var av høy kvalitet på alle tre målene, og skåret eksempelvis 16 av 17 på STRICTA (MacPherson m.fl. 2010) (Vedlegg 2) .

Den siste RCT studien med lav kvalitet, viste at akupunktur i kombinasjon med CBT var mer effektiv enn CBT alene i å redusere PTSD symptomer. Behandlingen var ikke beskrevet, slik at resultatene er av tvilsom kvalitet (Young-Dae m.fl. 2013).

Alle studiene som ble vurdert, beskrev/ rapporterte bivirkninger på en ikke tilfredsstillende måte (Ibid).

Utfordringene i studien var at RCT og UCT som var inkludert, var svært forskjellige med hensyn til design. Kontrollgruppeintervensjon, type akupunktur, tilleggsintervensjon og måleinstrumenter var ulike. Det var ikke benyttet kontroll for placeboeffekt, eller beregnet antall deltagere for å beregne styrken, i alle studiene som var inkludert. Det var ulik kvalitet på studiene. Kun en av studiene var av høy kvalitet (Ibid).

Forfatterne av oversiktsartikkelen og metaanalysen konkluderte med at resultatene tyder på at akupunktur har god effekt på PTSD symptomene, og tilleggs symptomene som personer med PTSD har. Det er likevel behov for flere studier for å ytterligere underbygge effekt av akupunktur for PTSD. Forfatterne anbefaler ved fremtidige studier å benytte shamakupunktur som kontroll for placeboeffekten (Young-Dae m.fl. 2013).

#### **3.4.4 Artikkel 5 Lee m.fl. 2012, The effectiveness of acupuncture research across components of the trauma spectrum response (tsr): a systematic review of reviews**

PTSD er en del av trauma spektrum respons (TRS). I denne oversiktsartikkelen over oversiktsartikler tar forfatterne for seg ulike komorbide symptomer som forekommer under paraplybegrepet TRS. I oppgaven inkluderer vi symptomene angst, depresjon og insomnia i tillegg til PTSD (Lee m.fl. 2012).

Oversiktsartikler på de ulike symptomene ble søkt etter i ulike databaser. Dette var angst, depresjon, PTSD, søvnforstyrrelse, rusmiddelavhengighet, hodepine, kroniske smerter, fatigue, seksuell funksjon og kognitiv funksjon. Totalt ble 52 oversiktsartikler inkludert,

hvorav en på angst, seks på søvnforstyrrelser og seks på depresjon. Det var pr 2011 ikke noen oversiktsartikler på PTSD (Lee m.fl. 2012).

Studiene var vurdert etter ulike retningslinjer, der iblant STRICTA (MacPherson m.fl. 2010). Vurderingen var at de fleste studiene som er inkludert i oversiktsartikkelen var av ganske god kvalitet (Lee m.fl. 2012).

Tabell 5, 6 og 7 viser oversikt over oversiktsartikler på henholdsvis depresjon, insomnia og angst, som forfatterne har tatt med i sin oversiktsartikkel. I tabellene er det presentert antall studier og deltagere totalt, behandling som er gitt. Det er ikke oppgitt om det er gitt standardisert behandling eller semistandardisert behandling, hvilke måleinstrument som er benyttet, vurdering av kvalitet på artikkelen samt resultatet av studiene. Det er en tabell for hver av symptomene.

Forfatter av Review	Antall studier/ deltagere	Behandling	Kontroll(er)	Mål	Kvalitet	Konklusjon
Zang et al. 2010	35 RCT/ 1.680	MA, EA, ØA	Sham, ingen behandling, MK	HAM-D	++	Positiv
Fan et al. 2010	19 RCT/ 2.757	MA	Sham, MK	CGI, DSI, efficiency rate, HAM-D, SLC-90, SDS	++	Positiv
Mukaino et. Al. 2005	7RCT/ 509	MA, EA	Sham, ingen behandling, MK	BRMS, CGI, HRSD	++	Inkonklusiv
Wang et. Al. 2008	7 RCT/ 447	MA, EA	Sham	HAM-D	++	Inkonklusiv, mixed, dårlig metode
Smith et. al.2010	29RCT/ 2.782	Abdominal, MA	Sham, ingen behandling, MK	BDI, CGI, cure rates, medisin bruk, melankoli skala, remisjons rate, assessment of of improvement HAM-D, HRSD	++	Inkonklusiv, mixed, dårlig metode
Leo and Ligtot 2007	9RCT /666	Verum, ØA, MA, EA	Sham, ingen behandling, CAM	BDI, CGI, CES-D, HAM-D	+	Inkonklusiv, mixed

Tabell 5 Depresjon

Forfatter	Antall studier/ deltagere	Behandling	Kontroll(er)	Mål	Kvalitet	Konklusjon
Cao et al. 2009	46RCT/ 3.811	Rolling, Skalpe akupunktur (SA), ØA, Abdominal Akupunktur (AA)	Sham, ingen behandling, CAM, MK	Lengde og søvnkvalitet, MQPFS, PSQI, SDRS, SSDS, SSRS,VAS	++	Positiv

Chen et al. 2007	6RCT/ 673	ØA	Sham, ingen behandling, MK	Lengde på søvn, ISI, MQ, PSQI, actigrafic monitoring	++	Inkonklusiv mixed
Yeung et al. 2009	20RCT/ 1956	MA	Sham, ingen behandling, MK	ISI, MQ, PSQI, NRS, AIS, PSG, SDRS, SSDS actigrafic monitoring, VAS, polysomnogram	++	Inkonklusiv mixed
Huang et al. 2009	2 RCT, 8 CCT, 18 case/ 1.355	Intra dermal, MA, ØA, Rolling	Sham, MK, terapi	ISI, PFS, AIS, PSQI actigrafic monitoring, søvnlengde, søvndagbok	++	Positiv, dårlig metode
Cheuk et al. 2007	4 RCT/300	MA,, EA, contemporary	Sham, ingen behandling	ISI, MQ, AIS, søvnkvalitetsskala , actigrafic monitoring, søvnforstyrrelsesskala,	++	Positiv, dårlig metode
Lee et al 2008	10 RCT/ 842	ØA	Sham, ingen behandling, MK	NTS, Søvn effekt, søvnkvalitet, søvn dagbok, 4-pkt søvn score, tilfredshetsskala	+	Inkonklusiv mixed , dårlig metode

Tabell 6 Insomnia

Forfatter	Antall studier/ deltagere	Behandling	Kontroll(er)	Mål	Kvalitet	Konklusjon
Pilkington et al. 2007	8 RCT +2CCT/ 1.201	MA, Øre akupunktur (ØA) Vestlig medisinsk akupunktur (VA)	Sham, MK, CBT	HAM-A, MMPI, MYPAS, CGI, Pasient/ observatørs vurdering av angstnivå.	++	Positiv

Tabell 7 Angst

Det var ingen av studiene som oppfylte alle STRICTA retningslinjene. Ved vurdering av alle studiene gjort på depresjon var det totalt 56 % av kriteriene som var oppfylt (Lee m.fl. 2012).

For insomnia var 65 % oppfylt og den ene studien på angst var 63 % oppfylt. Det var få studier som oppga akupunktørens bakgrunn og setting og kontekst for behandlingen. Bivirkninger av behandlingen var også dårlig beskrevet hos de aller fleste (Ibid).

Det er ønskelig med flere kvalitetsstudier, og sikkerhetsinformasjon omkring behandlingen, for å undersøke om akupunktur er virkningsfullt ved behandling av TSR. Konklusjonen er likevel at akupunktur kan være fordelaktig og lovende for noen av symptomene i TSR. Forfatterne konkluderer med at det er en svak anbefaling for akupunktur ved de tre tilleggs symptomene, insomnia, angst og depresjon (Ibid).

## 4. Drøfting

I drøftingskapitlet ”Drøfting teoriforfatternes TKM diagnoser mot hverandre”, drøfter vi på hvilken måte forståelsen av symptomene ved PTSD innen TKM, kan bidra i behandlingen av PTSD

I underkapitlet ”Drøfting av artiklene mot TKM” drøfter vi diagnoser hvordan forfatterne av noen av forskningsartiklene vurderer og tar med TKM diagnosene i intervensjonene deltagerne mottar.

I det siste underkapitlet i drøftingen, drøfter vi resultatene av forskningene mot hverandre, og ser på effekten av akupunkturbehandlingen som blir gitt i forhold til vestlig diagnose. Studiedesign drøftes i forholdt til å undersøke reell effekt av akupunktur rettet mot symptomer på PTSD, insomnia, depresjon og angst.

### 4.1 Drøfting av teoriforfatters TKM diagnoser mot hverandre

PTSD er i vestlig medisin en angstlidelse som hovedsakelig er basert på en psykologisk ubalanse etter en plutselig traumatisk ytre påkjenning/hendelse. I TKM blir PTSD diagnostisert og behandlet som en hvilken som helst lidelse. Behandling i TKM er hovedsakelig basert på syndromdifferensiering, ut i fra tegn og symptomer, samt fysiologiske forandringer i tunge og pulsilde (Chang,Wei-dong og Yong 2010, Sinclair-Lian m.fl., 2006). I en av artiklene vi baserer oppgaven på, blir det påpekt at det er forventet av god forskning å ha lik intervensjon i samme gruppe ved RCT (Hollifield m.fl.2007).

Sinclare-Lian m.fl.(2006) finner at hyppigst forekommende TKM mønstre ved PTSD er Shi mønstre, som LR Qi stagnasjon, HT Ild, LR overacting SP/ST, LR Ild, Phlegm Ild/Damp. Xu mønstre er HT Xu med og uten KI og SP involvering.

Chang,Wei-dong og Yong (2010) ser på PTSD oftest som et Shi mønster, hvor både HT og LR er involvert. Den viktigste og hyppigste Shi ubalansen, er LR Qi stagnasjon. Det er imidlertid alltid en underliggende Xu ubalanse.

Ved LR Ild vil det være en LR Xu ubalanse i form av Blod eller Yin som gir LR Ild. HT Ild og Phlegm Ild vil forstyrre GB og HT. HT og SP Xu, HT og GB Qi Xu og HT og KI not harmonized er Xu tilstander som foreligger (Chang,Wei-dong og Yong 2010). Chang,Wei-dong og Yong (2010) vil benytte akupunktur for å balansere de tre organene LR, HT og SP ved alle tilfeller av PTSD (Ibid).

Både Chang,Wei-dong og Yong (2010) og Sinclair-Lian m.fl.(2006) peker på Shi ubalanse i LR og HT som hovedorganene ved PTSD. I tillegg vil Shi ubalansen Phlegm-Ild også være et hovedmønster. Av Xu tilstander peker begge forfattere på ubalanser i HT, SP og KI. Chang,Wei-dong og Yong (2010) oppgir et mønster som ikke Sinclair-Lian m.fl.(2006) oppgir. Ubalansen er HT og KI not harmonized. Sinclair- Lian m.fl.(2006) har derimot HT Xu med og uten involvering av KI og SP. Funnene viser at begge forfatterne stort sett er enige i hvilke mønstre som forekommer ved PTSD.



Under angstlidelser definerer Maciocia (2009) to typer angst som er aktuelle under PTSD diagnosen; "Fear and Palpitation" og "Panic Throbbing". Begge beskrives som en lidelse hvor sjelen er ustadig. Ching (2008) definerer angst på tilsvarende måte, ved at Shen ikke er ordentlig rotet i HT. Hammer (2010) definerer derimot psykiske symptomer på angst i form av ukomfortable følelser og engstelse. I følge Maciocia (2009) er hovedårsaken til angst, emosjonelt stress. Dette støttes av Hammer (2010) som sier at stress vil påvirke sinnet som kontrolleres av HT og vil kunne gi angst.

Ved angstdiagnoser er det i følge Maciocia (2008) og Ching (2008), Phlegm-Hete og HT Qi stagnasjon som er to av Shi mønstre ved angst. Hammer (2010) er enig i at angst skyldes HT Qi stagnasjon, men har ikke Phlegm-Hete som en diagnose under angstlidelser. Alle tre forfattere er enige i at Blod og Yin Xu også er ubalanser som er hyppig forekommende, hvor Hammer (2010) nevner LR Blod Xu spesielt. Hete er i følge Maciocia (2008) også en viktig årsak til angst. Ching (2008) sier derimot at både HT Hete og Ild er en hyppig forekommende Shi tilstand hos personer med angst. Alle tre forfattere nevner sjokk som emosjon som angriper HT direkte. Dette er sammenfallende med et av de primære diagnostiske mønstrene, forstyrrelse av HT Shen, som Hollifield m.fl. (2007) nevner spesielt. DSM IV diagnostiske kriterier (vedlegg 4) for PTSD oppgir også ytre påkjenning eller emosjonelt stresset, som avgjørende for å få diagnosen.

Alle fire forfattere; Maciocia (2008,2009), Hammer (2010), Ching (2009) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) ser på stagnasjon som årsak til depresjon. Hammer (2010) trekker frem HT som hovedorgan ved depresjon. Tap av sirkulasjon ved sjokk, vil skape HT Qi stagnasjon som fører til tap av glede og gir depresjon. Ching (2008) trekker frem at Shi mønstre som Qi stagnasjon, Phlegm og Qi stagnasjon samt Blodstase som årsak til depresjon. Både Maciocia (2008,2009), Ching (2008) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) trekker frem LR Qi stagnasjon som hovedårsaken til depresjon. I tillegg trekker Maciocia (2008,2009), Ching (2008) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) frem stagnasjon av Qi, Blod og Phlegm som underliggende årsak til Qi stagnasjon som fører til depresjon. Maciocia (2008, 2009) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) har i tillegg stagnasjon av Ild og Damp som underliggende diagnoser til Qi stagnasjon ved depresjon.

Maciocia (2008,2009), Ching (2008) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) har til dels lik etiologi til LR Qi stagnasjon. Ching (2008) har i tillegg tre Xu tilstander som årsak til depresjon; HT Qi og Blod Xu, Zong Qi Xu samt HT Yin og Blod Xu. Maciocia (2008, 2009) oppgir også HT og SP Xu samt KI og HT Yin XU med tom Hete, KI Yang Xu og HT Yang xu som årsak til depresjon. Dette er i overensstemmelse med mønstre som er hyppigst forekommende ved PTSD i følge Sinclair-Lian m.fl. (2006).

Tre av forfatterne skriver ulike TKM diagnoser for insomnia. Alle tre forfatterne sier at årsaken til insomnia er ubalanse i Shen.

Chang, Wei-dong og Yong (2010), Maciocia (2009) og Ching (2008) nevner Hete som årsak. Forfatterne er også enige i LR Qi stagnasjon som diagnose, hvor Chang, Wei-dong og Yong (2010) trekker frem at denne stagnasjonen fører til Hete som påvirker Shen.

LR Ild/ LR Yang rising er ubalanser som er forårsaket av sinne. Dette fører til drømmeforstyrret søvn (Maciocia 2009, Ching 2008, (Chang, Wei-dong og Yong 2010)).

Alle tre forfatterne trekker også frem Phlegm-Hete som årsak. Av Xu tilstander trekker de frem HT-GB Xu. HT og KI Xu blir beskrevet i ulike kombinasjonssyndromer. Ching (2008) beskriver også LR Yin og Blod Xu. Maciocia (2009) har i tillegg HT og SP Blod Xu, mens Chang, Wei-dong og Yong (2010) har HT og SP Xu, som diagnose.

Maciocia (2009) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) oppgir HT og SP Blod Xu som årsak til insomnia. Ching (2008) nevner ikke denne diagnosen som årsak til insomnia, men har LR Blod og Yin Xu som årsak. Ching (2008) skriver at SP blir svekket av grubling og bekymring som fører til Blod Xu. Ut ifra dette tolker vi at også Ching (2008) sier det er en underliggende SP Xu som kan være årsak til insomnia. Det som støtter likhet mellom diagnosene er at alle oppgir HT Qi/Yin Xu, KI Yin Xu og GB Qi Xu som underliggende Xu tilstander til insomnia. I tillegg nevner Ching (2008) og Maciocia (2008) LR Yin Xu i ulike kombinasjoner, men Chang, Wei-dong og Yong (2010) nevner LR Qi stagnasjon som årsak til insomnia

Maciocia (2009) og Ching (2008) trekker frem HT som hovedorgan i forhold til Shen ubalanser som forårsaker insomnia, mens Chang, Wei-dong og Yong (2010) trekker frem LR Qi stagnasjon, forårsaket av emosjonelt stress, som en vanlig årsak.

Maciocia (2009) oppgir HT mønstre som årsak til insomnia. Da spesielt HT Yin/ Blod Xu som fører HT Ild.

HT og SP Xu er en tilstand både Chang, Wei-dong og Yong (2010) og Maciocia (2009) sier gir insomnia.

Som ubalanser ved symptomene på PTSD, insomnia, angst og depresjon er LR Shi tilstander, spesielt LR Qi stagnasjon, HT Shi mønstre som involverer Shen, og Phlegm-Hete representert. Av Xu tilstander ser vi at KI Xu, Yin/Blod Xu og SP Xu er fremtredende syndromer.

## 4.2 Drøfting av artiklene mot TKM diagnoser

I Hollifield m.fl. (2007) sin studie er behandlingen lagt opp ut i fra tre hovedmønstre; LR Qi stagnasjon, forstyrrelse av HT Shen og KI Xu. Dette er basert på Sinclair- Lian m.fl. (2006) sin artikkel som er forarbeidet til denne studien. Det er derfor ikke unaturlig at disse forfatterne er enige med hensyn til TKM diagnoser. Ut ifra teorien som tidligere er drøftet, nevner alle litteraturforfatterne disse ubalansene under de fleste symptomer. KI Xu kan være sammenfallende med vestlige synspunkt på PTSD hvor det må være en grunnleggende disponerende faktor (Moxnes 2010).

HT Shen forstyrrelse sammenfaller med insomnia hvor ubalanser i Shen fører til drømmeforstyrret søvn og insomnia. Tre av forfatterne trekker frem HT ubalanser som en årsak til angst. Dette sammenfaller med PTSD i DSM VI (vedlegg 4), hvor drømmeforstyrret søvn/mareritt og angst er symptomer som nevnes.

Ved depresjon er LR Qi stagnasjon hovedårsaken i følge 3 av forfatterne. Hammer (2010) trekker frem HT Qi stagnasjon som hovedårsak. Dette er i overensstemmelse med mønstre Hollifield m.fl. (2007) har oppgitt. LR Qi stagnasjon er også et mønster som sees som årsak til insomnia av forfatterne Maciocia (2008), Ching (2008) og Wei-dong og Yong (2010). LR Qi stagnasjon fører også til irritasjon og sinneutbrudd som er symptomer som kommer inn under DSM IV kriteriene (vedlegg 4), noe som også sammenfaller med LR Qi stagnasjon som er en av de tre hoved ubalansene Hollifield m.fl. (2007) baserer akupunkturbehandlingen i studien på.

Maciocia (2008), Ching (2008) og Chang, Wei-dong og Yong (2010) trekker frem KI Yin Xu som årsak til insomnia. KI ubalanser er også nevnt av Maciocia (2008) og Ching (2008) under depresjon. KI Xu er også en av de tre hoved ubalansene Hollifield m.fl. (2007) baserer akupunkturbehandlingen i studien på.

I studiene som vi har tatt med i oppgaven (Hollifield m.fl. 2007, Pilkington, 2010, Young-Dae m.fl., 2013, Lee m.fl. 2012) er det i stor grad standardbehandling som er gitt for de ulike symptomene, ut ifra vestlig medisin, uavhengig av TKM diagnose. RCT studien vi har med i oppgaven benytter semistandardisert behandling (Hollifield m.fl. 2007). Pilkington (2010) har tatt med 13 studier i sin oversiktsartikkel. Seks av disse studiene benytter semistandardisert behandling. De resterende benytter standard behandling. RCT studien tar hensyn til TKM diagnoser ved behandling (Hollifield m.fl. 2007). Punktvalget til Hollifield m.fl. (2007) er basert på syndromdifferensiering hvor hovedsyndromene til deltagerne er som tidligere nevnt, forstyrrelse av HT Shen, LR Qi stagnasjon og KI Xu. Behandlingen alternerer mellom behandling av bakside og fremside av kropp, noe også Wei-dong og Yong (2010) viser til. Her er det gitt semistandardisert behandling, hvor alle fikk like punkter. I tillegg fikk deltagerne inntil fem punkter som var individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes TKM ubalanse.

I oversiktsartikkelen over PTSD (Young-Dae m.fl. 2013) er det fire RCT studier som er tatt med, og to UCT studier. I tre av RCT studiene benytter forfatterne samme behandlingsrasjonale. Den ene RCT studien er Hollifield m.fl. (2007) hvor en semistandardisert behandling benyttes. To av de tre andre RCT studiene benytter Hollifield m.fl. (2007) sin studie som bakgrunn for rasjonale. De benytter likevel kun en standardisert behandling hvor mest sannsynlig kun benytter de faste punktene. Det er ikke oppgitt at de benytter TKM diagnose tilpassetbehandling, tilsvarende Hollifield m.fl. (2007). Den siste RCT studien angir ikke rasjonale for behandling.

Hollifield m.fl. (2007) benytter tradisjonell akupunktur i sin behandling, mens de andre RCT studiene i oversiktsartikkelen angir elektroakupunktur.

Bakgrunnen for hvorfor elektroakupunktur blir benyttet ved de tre RCT studiene er ikke forklart. Rasjonale for behandlingen, er som tidligere nevnt, artikkelen til Hollifield m.fl. (2007). Det er derfor påfallende at behandlingen fraviker fra original artikkelen.

Lee m.fl. (2012) opplyser ikke om deltagerne i de ulike studiene, som inngår i oversiktsartikkelen over oversiktsartikler, får standard behandling eller semistandardisert behandling. Hvilken type behandling de gir er i noen tilfeller forklart, men ikke i alle.

Individuell behandling slik vi har lært at TKM prinsipp for behandling sier, er ikke utført ved de artiklene som oppgir type behandling. I følge vestlig medisinsk forskning er standard behandling en forutsetning for å bli vurdert som god forskning (Lødrup Carlsen m.fl. 2009). Dette strider i stor grad mot TKMs fundament hvor man ikke behandler symptomer men ubalanser.

### 4.3 Drøfting av om akupunktur kan redusere symptomene ved PTSD

Hollifield m.fl. (2007) konkluderer med at det var signifikant bedring av symptomer på PTSD ut i fra det anvendte måleinstrumentet PSS-SR. Depresjon og angst målt med HSSCL-25 viser signifikant bedring. Både PTSD, depresjon og angst symptomer viser signifikant bedring ved akupunktur enn venteliste kontrollgruppen. Akupunktur viste like godt resultat som CBT behandling. Akupunkturbehandlingen som ble gitt, er sammenliknet med en ikke evaluert type CBT. Vi vet derfor ikke effekten av denne type CBT kontroll. Deltagerne er ressurssterke velutdannede mennesker, det er derfor usikkert hvor representative disse er i forhold til den generelle PTSD populasjonen. Det er ikke benyttet placebokontroll i studien og dette er problematisk i forhold til å trekke konklusjon på effekt.

Studiene som inngår i Young-Dae m.fl. (2013) benytter ulike måleinstrumenter på PTSD og kun to av disse studiene som inngår i oversiktsartiklene benytter måleinstrumenter for depresjon og angst. Måleinstrumentene for depresjon og angst er henholdsvis HAM-D og HAM-A. UCT studiene i Young-Dae m.fl. (2013) sin artikkel oppgir ingen måleinstrument. I oversiktsartikkelen til Pilkington (2010) er det i de fleste tilfeller benyttet HAM-D som måleinstrument. I Young-Dae m.fl. (2013) sin oversiktsartikkel viser de fleste bakgrunnsartiklene effekt ved behandling med akupunktur. Det er imidlertid standard behandling som er gitt ved de fleste studiene. Lee m.fl. (2012) undersøker blant annet depresjon, insomni og angst. Oversiktsartiklene han har valgt på depresjon har en svak positiv konklusjon i retning akupunktur behandling. I noen av bakgrunnstudiene er shamkontroll benyttet. Kvaliteten på studiene av forfatterne vurdert som gode. Pilkington (2010) sin oversiktsartikkel inkluderer i liten grad artikler som benytter shambehandling. Det er stort sett medikamenter som blir benyttet som kontrollbehandling ved depresjon. Resultatene er ikke entydige, men flere av studiene viser signifikant bedring med akupunktur sammenliknet med medikamentell behandling. Det er også studier som ikke viser signifikant bedring. Forfatteren påpeker behovet for utvikling av behandlingsprotokoll på akupunktur behandling ved depresjon fordi det er så mange ulike tilnærminger.

Det foreligger en oversiktsartikkel på angst i Lee m.fl. (2012) sin studie. Denne konkluderer med at kvaliteten er god og at det er positiv resultat i favør av akupunktur. Det er ikke oppgitt om pasientene har mottatt standardisert akupunktur behandling, eller om den er individuell tilpasset TKM diagnose. Det er nærliggende å tenke at individuelt tilpasset behandling ikke er gitt.

Ved studiene på insomni er det benyttet veldig ulike måleinstrumenter (Lee m.fl. 2012). Det er i stor grad god kvalitet på studiene som er gjort og det er veldig ulik type behandling som

er gitt. Det er ikke opplyst om pasienten har fått standardisert eller individuell tilpasset behandling. Det er likevel en svak anbefaling i retning av akupunktur.

Ved god forskning i vestlig medisin, sammenliknes intervensjonen med inert/uvirksom placebo. Det bør i tillegg være dobbelt blindede studier. Standard behandling benyttes gjerne også som sammenlikning (Lødrup Carlsen m.fl. 2009)

Det er problematisert i oversiktsartiklene og RCT studien, at det ikke er benyttet placebokontroll. Det er hittil ikke funnet en inert/uvirksom placebo behandling for akupunktur studier. Det er vanskelig, kanskje umulig å finne et inert/uvirksom sham/placebo behandlingskonsept for akupunktur (Birch, 2006). Det er derfor problematisk å lage gode designer for akupunkturstudier, i form av dobbelt blindede RCT studier, fordi blinding er vanskelig. Det er antagelig umulig å blinde utøveren av akupunktur, og vanskelig å blinde deltageren som mottar akupunktur, spesielt hvis shambehandlingen skal være uvirksom. Dette fordi det nødvendigvis innebærer å ikke benytte nåler eller trykk på punktet/ andre punkter, hvis det skal sikres at placebobehandlingen ikke skal ha effekt (Birch, 2006).

Shamkonseptet vi kjenner i dag, er ikke regnet som inert/uvirksomt på lik linje med en sukkerpille i legemiddelforskningen. Flere studier med shamkontroll har vist at ekte akupunktur ikke har vært signifikant bedre enn sham, men ekte akupunktur og sham har vist signifikant bedre effekt enn ingen behandling (Birch 2003).

Verken Hollifield m.fl. (2007) eller noen av studiene som inngår i Young-Dae m.fl. (2013) benytter sham/placebokontroll. Tre av studiene i Pilkington (2010) sin oversiktsartikkel benyttes det i tre av studiene en form for shamkontroll.

Ved flere av oversiktsartiklene som inngår i Lee m.fl. (2012) sin oversiktsartikkel, er det benyttet shambehandling, men ikke i alle.

I alle studiene er det i stor grad ulik intervensjon, ulike kontroller, forskjellige måleinstrumenter og varierende grad av TKM tilpasset behandling. Det er derfor ikke godt nok grunnlag for å trekke konklusjon med bakgrunn i de foreliggende studiene.

## **5. Konklusjon**

PTSD er en diagnose som blir mer og mer utbredt. Det er ikke noen fullgod behandling tilgjengelig. SSRI preparater gir mange bivirkninger. CBT er en emosjonelt tøff behandling, som kanskje ikke passer alle, og kurerer heller ikke alle. Akupunktur gir få bivirkninger, sjeldent noen alvorlige.

Flere studier antyder at akupunktur har like god effekt som CBT, og bedre effekt enn SSRI alene for PTSD symptomer. Det antydes også og god effekt på bisymptomer som angst, depresjon og insomnia. Vår konklusjon er derfor at akupunktur kan bidra både med tanke på symptomene på PTSD inkludert angst, depresjon og insomnia.

Akupunktur kan anbefales som en tilleggsbehandling til CBT, og kanskje SSRI preparater, for pasienter med PTSD symptomer. Det er blandet oppfatning om effekten av behandling med SSRI for pasienter med PTSD.

I studiene som i dag er gjort på PTSD og akupunkturbehandling, er det i stor grad benyttet standard behandling for de ulike symptomene uavhengig av TKM diagnose. Deltagerne er ikke delt inn i grupper ut ifra TKM diagnoser. Det kan tenkes at ulike syndromer har ulik effekt av CBT- og akupunkturbehandling.

Det kan, ut ifra våre funn, tyde på at det er behov for en noe annen tilnærming til akupunkturforskning på diagnosen PTSD. PTSD er en heterogen gruppe pasienter med ulike syndrommønstre i TKM. Videre studier med tanke på å skille på syndromene og sammenligne om noen har bedre effekt enn andre, kan være en studie som kan gi videre svar på effekt av behandling. Forarbeidet (Sinclair-Lian m.fl. 2006) til RCT studien (Hollifield m.fl. 2007) ga grunnlag for et rammeverk for gruppeinndeling i tre ulike grupper; LR, HT og KI ubalanser. Dette kan være grunnlaget for en fremtidig tilnærming i en studie på PTSD og effekt av akupunkturbehandling.

Studier hvor deltagerne blir delt inn i de ulike syndromer, for deretter å få behandling ut ifra syndromdifferensieringen, kan synes som en vei å gå. Gruppene kan sammenliknes seg imellom, og med standard behandling (CBT). Akupunkturbehandlingen kan sammenliknes både med CBT i kombinasjon med akupunktur, kun med CBT og med ventelistekontroll. Det undersøkes da om noen ubalansemønstre har bedre effekt enn andre, samt om CBT har bedre, eller like god effekt som akupunktur.

Ved behandling av emosjonelle ubalanser bør oftest ikke akupunktur stå alene men benyttes sammen med psykoterapi. Akupunktur har god effekt på emosjonelle ubalanser fordi akupunktur påvirker kroppen på en annen måte/et annet nivå enn tradisjonell psykoterapi gjør. Akupunktur påvirker ikke bare det emosjonelle men regulerer organene og dets funksjoner og skaper balanse og harmoni. Det vil si at akupunktur styrker organene som er svake og løser opp i stagnasjoner som skaper emosjonelle problemer (Ching 2008).

I studiene vi har tatt med i oppgaven er det i liten grad benyttet placebokontroll. Det ville vært en fordel for kvaliteten på studien om en god placebobehandling ble inkludert i studiene. God placebobehandling innenfor akupunktur, er likevel en utfordring som ikke er løst pr i dag.

Vi tenker at det er behov for videre forskning, og antakelig annen type forskning, for få svar på om akupunktur kan bidra i behandlingen av PTSD pasienter.

## Referanseliste

American Psychiatric Association. (1994). *American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Akupunkturforeningen (2012). OPINION PERDUCO, [http://www.akupunktur.no/asset/1514/1/1514\\_1.pdf](http://www.akupunktur.no/asset/1514/1/1514_1.pdf) (lest 10.06.13)

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2008). *Yrkessykdommer Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom*. NOU 2008:11.

Birch, S. (2003). *Controlling for non-specific effects of acupuncture in clinical trials*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 4: 59-70.

Birch, S. (2006). *A Review and Analysis of Placebo Treatments, Placebo Effects and Placebo Controls in Trials of Medical Procedures When Sham Is Not Inert*. *The Journal of Alternative and Complementary medicine*, 12 (3): 303-310.

Chang, J. Wei-dong, W. og Yong, J. (2010). *The Treatment of PTSD with Chinese Medicine- An Integrative Approach*. 1.utgave. Beijing, London, New York: People's Medical Publishing House.

Ching, N. (2008). *Akupunktur og sygdomsbehandling*. 1.utgave. København: Forlaget Klitrosen.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Hammer, L. (2010). *Dragon Rises, Red Bird Flies*. Revised edition. Seattle: Eastland Press.

Hollifield, M. m. fl. (2007). *Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Controlled Pilot Trial*. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 195: 504-513.

Lee, C. m. fl. (2012). *The effectiveness of acupuncture research across components of the trauma spectrum response (tsr): a systematic review of reviews*. *Systematic Reviews*, 1-46. doi:[10.1186/2046-4053-1-46](https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-46)

Lødrup Carlsen, K. m.fl. (2009). *Forskningshåndboken fra ide til publikasjon*. 4. Utgave. Oslo: Oslo universitetssykehus, Ullevål i samarbeid med Haukeland Universitets sykehus.

Maciocia, G. (2008). *The Practice of Chinese Medicine* 2<sup>nd</sup> edition. London: Churchill Livingstone.

Maciocia, G. (2009). *The Psyche in Chinese Medicine*. London: Churchill Livingstone

MacPherson, H. m.fl. (2010). *Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement*. *Plos Medicine*, 7 (6):1-11.

Moxnes, P. (2009). *Hva er ANGST*. Oslo: Universitetsforlaget.

Møller, F. (2011). *Akupunkturpunkter i Tradisjonell Kinesisk Medisin*, 5.utg. Oslo: Lobo media AS.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2013 a)  
[http://www.nkvts.no/tema/Sider/SporsmaalSvar\\_TraumerPTSD.aspx](http://www.nkvts.no/tema/Sider/SporsmaalSvar_TraumerPTSD.aspx) (lest 10.06.13)

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2013 b).  
<http://www.nkvts.no/fu/Documents/Opplevelser-og-reaksjoner-hos-de-som-var-p%C3%A5-Utoya-22-juli-En-deloppsummering.pdf> (lest 10.06.13)

Norsk helseinformatikk (2013). <http://nhi.no/sykdommer/kirurgi/skader/posttraumatisk-stressforstyrrelse-3088.html> (lest 10.06.13)

Nylund, H. K. (2007). *Debriefing hjelper ikke*. Senter for Kognitiv Praksis.  
<http://www.senterforkognitivpraksis.no/artikler/debriefing-hjelper-ikke.html?Itemid=> (lest 29.03.2014).

Pilkington, K. (2010). *Anxiety, depression and acupuncture: A review of the clinical research*. *Auton Neuroscilence: Basic and Clinical*, 28: 157(1-2): 91-95. doi: 10.1016/j.autneu.2010.04.002.

Pilkington, K. m. fl. (2007). *Acupuncture for anxiety and anxiety disorders - A systematic literature review*. *Acupunct Med*, 25: 1–10.

Sinclare-Lian, N.A. m. fl. (2006). *Developing a Traditional Chinese Medicine Diagnostic Structure for Post-Traumatic Stress Disorder*. *The journal of alternative and complimentary medicine*, 12 (1): 45-57

Tysland, I. (2003). *Post Traumatic Stress Disorder - en oversikt*. Senter for Kognitiv Praksis.  
<http://www.senterforkognitivpraksis.no/artikler/post-traumatic-stress-disorder-en-oversikt.html> (lest 29.03.2014).

Young-Dae, K. m. fl. (2013). *Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Prospective Clinical Trials*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, Article ID 615857: 1- 12 pages  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/615857>



## Vedlegg 1 Søk gjort 29. januar 2014

### Medline

- 1 Stress Disorders, Post-Traumatic/ (20116)
- 2 [ptsd.tw](#). (11718)
- 3 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (5298)
- 4 1 or 2 or 3 (23564)
- 5 acupuncture therapy/ or meridians/ or acupuncture points/ (13639)
- 6 [acupuncture.tw](#). (14175)
- 7 Medicine, Chinese Traditional/ (10780)
- 8 [tcm.tw](#). (4763)
- 9 traditional chinese [medicine.tw](#). (7729)
- 10 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (34117)
- 11 4 and 10 (26)
- 12 limit 11 to (english language and humans and yr="2005 -Current") (15)

### AMED

- 1 stress disorders post traumatic/ (497)
- 2 [ptsd.tw](#). (322)
- 3 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (199)
- 4 1 or 2 or 3 (622)
- 5 acupuncture/ (3208)
- 6 acupuncture therapy/ or traditional medicine chinese/ or chinese traditional medicine/ or medicine traditional chinese/ (8027)
- 7 [acupuncture.tw](#). (8879)
- 8 [tcm.tw](#). (777)
- 9 5 or 6 or 7 or 8 (11651)
- 10 4 and 9 (5)
- 11 limit 10 to (english language and humans and yr="2005 -Current")(3)

### EMBASE

- 1 posttraumatic stress disorder/ (34524)
- 2 [ptsd.tw](#). (15634)
- 3 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (7166)
- 4 1 or 2 or 3 (35754)
- 5 acupuncture/ (27408)
- 6 [acupuncture.tw](#). (20333)
- 7 Chinese medicine/ (23059)
- 8 [tcm.tw](#). (6662)
- 9 5 or 6 or 7 or 8 (52886)
- 10 4 and 9 (121)

- 11 10 and 2005:2014.(sa\_year). (106)
- 12 11 and "human".sa\_suba. (97)

## Vedlegg 2 Oversikt over punkter som inngår i STRICTA retningslinjer

Akupunktur;

- type akupunktur,
- begrunnelse for benyttet denne type behandling,
- I hvilken grad det er standard behandling eller varierende behandling,

Detaljer omkring nålebehandling;

- antall nåler pr behandling,
- punkter benyttet,
- dybde nålene ble stukket,
- respons på nålene,
- hvor lang tid nålene sto inne,
- type nåler benyttet

Behandlingsregime;

- antall behandlinger,
- hvor ofte og varighet av behandling behandlet.

Andre regimer som ble benyttet i behandlingen;

- Hvilke andre intervensjoner som ble benyttet, settingen og konteksten rundt tilleggsintervensjonen.

Bakgrunnen til behandleren(e);

- Beskrivelse av behandleren med antall år behandlet,
- type behandler, og
- hvor utdannet.

Kontroll/ sammenliknet med type intervensjon;

- rasjonale for sammenlikningen,
- nøyaktig beskrivelse av kontrollen/ behandlingen den sammenliknes mot.

(MacPherson, H m.fl. 2010)

## Vedlegg 3 Diagnostiske kriterier for PTSD i ICD-10

Sykdommen skal oppfylle diagnosekriteriene i ICD-10, punkt F 43.1:

A) Personen har vært utsatt for traumatiske hendelser eller situasjoner av kortere eller lengre varighet av eksepsjonelt truende eller katastrofeliknende natur

B) Personen (1) gjenopplever traumet i såkalte «flashbacks», ved påtrengende minner eller mareritt, eller (2) føler sterkt ubehag når han/hun opplever noe som minner om traumet

C) Personen unngår konsekvent alt som minner om traumet

D) Det foreligger (1) full eller delvis amnesi for de traumatiske opplevelsene, eller (2) vedvarende symptomer på overfølsomhet eller alarmberedskap, herunder minst to av de følgende symptomene: a) søvnvansker b) amperhet eller raserianfall c) konsentrasjonsvansker d) økt vaksomhet e) skvettenhet

E) Symptomene debuterer innen 6 måneder etter de traumatiske opplevelsene

For at diagnosen skal kunne stilles, må kravene under punktene A-E være tilfredsstillt.

Diagnosen skal stilles av spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi.

Typiske eksempler på eksepsjonelt truende eller katastrofeaktige hendelser er krigshandlinger, alvorlige ulykker, tortur, terrorhandlinger, voldtekt og andre fysiske overgrep (NOU 2008).

## Vedlegg 4 Diagnostiske kriterier for PTSD i DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjerde utgave, 1994

DSM IV 309.81 kriterier for PTSD:

A) Forhold ved situasjonen som skjedde (Situasjonsbeskrivelse)

Personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse som innebar begge følgende punkter

1) Personen opplevde, var vitne til eller ble konfrontert med en eller flere hendelser som innebar livsfare eller trussel om død eller om alvorlig skade eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet. Hendelsen trenger med andre ord ikke være direkte rettet mot en selv, den kan også skje i forhold til andre.

2) Personen skal ha reagert med intens angst, hjelpeløshet eller redsel på situasjonen. Hos barn kan dette i stedet gi seg uttrykk i usammenhengende eller forstyrret atferd.

B) Intrusjon: Den traumatiske hendelsen gjenoppleves i form av et eller flere av følgende punkter

1) Som påtrengende ubehagelige minner (bilder, tanker eller sansninger). Hos barn kan dette vise i form av gjentatt lek, hvor temaer eller aspekter ved traumet kommer til uttrykk.

2) Som tilbakevendende plagsomme drømmer om hendelsen eller om situasjon som minner om den. NB. Barn kan ha mareritt som ikke har assosiasjoner til selve traumet.

3) Personen handler eller føler som om hendelsen skjer på nytt (inkluderer illusjoner, hallusinasjoner og episoder med dissosiative flashbacks).

4) Personen opplever intenst psykisk ubehag ved å bli utsatt for indre eller ytre forhold som minner om eller symboliserer aspekter ved den traumatiske hendelsen.

5) Personen opplever fysiologiske reaksjoner (hjerterbank, høy puls, svetting, skjelving osv.) når indre mentale eller ytre forhold ligner på noe som har med hendelsen å gjøre.

Denne responsen varer i minutter.

C) Unnvikelse: Vedvarende unnvikelse av stimuli assosiert med traume, og generell følelsesmessig nummenhet (som ikke var tilstede før traumet).

Uttrykt ved minst tre av følgende punkter

1) Unngå tanker, følelser eller samtaler som assosieres med traumet.

2) Unngå aktiviteter, steder eller mennesker som vekker minner om hendelsen

3) Redusert hukommelse for det som skjedde (ute av i stand til å huske en viktig del av hendelsen) ved konstant og vedvarende unnvikelse.

4) Ved uttalt unnvikelse vil personen som regel oppleve nedsatt interesse for eller deltagelse i aktiviteter som tidligere var betydningsfulle

5) Føle seg fjern eller fremmedgjort, og ha mindre tilgang på følelsene sine.

6) Føle seg tom for følelser (for eksempel bli ute av stand til å ha kjærlige følelser).

7) Resignasjon og manglende tro på fremtiden (for eksempel ikke lenger forvente å ha en karriere, et forhold, barn eller et normalt livsløp).

D) Fysiologisk aktivering: Vedvarende symptomer på økt arousal, som ikke var tilstede før den traumatiske hendelsen.

Indisert ved to eller flere av følgende punkter:

1) Forstyrret søvn i form av innsovningsvansker eller at søvnen blir forstyrret av oppvåkninger.

2) Økt irritabilitet og sinneutbrudd

3) Konsentrasjonsvansker

4) Overdreven vaksomhet og økt mental beredskap

5) Økt skvettenhet

E) Symptomene/reaksjonene har vart i mer enn en måned

F) Lidelsen gir et betydningsfullt ubehag, eller gir funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige områder.

(American Psychiatric Association 1994)

## Vedlegg 5 Søk gjort 05.april 2014

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to Present>

- 
- 1 Stress Disorders, Post-Traumatic/ (20651)
  - 2 [ptsd.tw](#). (12152)
  - 3 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (5504)
  - 4 1 or 2 or 3 (24274)
  - 5 Acupuncture Therapy/ or Acupuncture Points/ or Acupuncture/ (14429)
  - 6 [acupuncture.tw](#). (14425)
  - 7 Medicine, Chinese Traditional/ (10925)
  - 8 [tcm.tw](#). (4871)
  - 9 traditional chinese [medicine.tw](#). (7959)
  - 10 5 or 6 or 8 or 9 (28281)
  - 11 4 and 10 (25)
  - 12 limit 11 to (english language and humans and yr="2005 -Current") (14)

Database: AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 to March 2014>

- 
- 1 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (200)
  - 2 Stress disorders post traumatic/ (503)
  - 3 [ptsd.tw](#). (325)
  - 4 1 or 2 or 3 (628)
  - 5 Acupuncture/ (3210)
  - 6 Acupuncture therapy/ or Traditional medicine chinese/ (8053)
  - 7 [acupuncture.tw](#). (8897)
  - 8 TCM.tw. (780)
  - 9 5 or 6 or 7 or 8 (11687)
  - 10 4 and 9 (5)
  - 11 limit 10 to (english and yr="2005 -Current") (2)

Embase <1974 to 2014 April 04>

- 
- 1 posttraumatic stress disorder/ (33998)
  - 2 [ptsd.tw](#). (15360)
  - 3 post-traumatic stress [disorder.tw](#). (7052)
  - 4 1 or 2 or 3 (35157)
  - 5 acupuncture/ (28134)
  - 6 [acupuncture.tw](#). (20936)
  - 7 Chinese medicine/ (23252)
  - 8 [tcm.tw](#). (6733)
  - 9 5 or 6 or 7 or 8 (53763)
  - 10 4 and 9 (119)
  - 11 limit 10 to (english language and yr="2005 -Current") (92)