

# BOZUCU ALAN ve BOZUCU ODAK: BOZUCU ALAN VE ODAKLARIN TANISINDA ve TEDAVİSİNDE KULAK AKUPUNKTURU NEDEN DOĞRU ve HEDEFE YÖNELİKTİR?

## DISTURBANCE AREA AND DISTURBANCE FOCUS: WHY IS EAR ACUPUNCTURE CORRECT AND TARGETED FOR THE DIAGNOSIS AND ALSO THERAPY OF DISTURBANCE AREA AND DISTURBANCE FOCUSES?

Hüseyin NAZLIKUL, MD<sup>1, 2, 3 \*</sup>

<sup>1</sup>Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

<sup>2</sup>Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

<sup>3</sup>International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

### Özet

Bozucu alan veya odakların Nöralterapi'de ve Regülasyon tıbbında önemli bir yeri vardır. Bozucu alan olarak sözü edilen durum aslında, vücudun geçirmiş olduğu herhangi bir rahatsızlık veya cerrahi girişimden sonra, biyolojik iyileşmenin tam olarak gerçekleşmemesi sonucunda, bunların vücutta oluşturduğu tepkimelerdir.

Bunlar başlangıçta vücudun regülasyonunda bir disfonksiyon yaratırken, uyarıların artması veya ek bir uyarının oluşması durumunda hastalık tablosunu oluştururlar. Tedavide başarılı olabilmek için, söz konusu dengesizliği meydana getiren bozucu alan veya odağın ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Bozucu alan ve bozucu odağın varlığı nöralterapistler başta olmak üzere diğer hekimler ve akupunkturistler tarafından gittikçe artan oranda kabul ediliyor. Bu makale, kulak akupunkturunun neden bozucu alan ve odak tespitinde hızlı, emin ve etkili bir metod olduğunu, bozucu alanın - odağın bertaraf edilmesinde etkili ve doğru bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca kronik-enflamatuvar bozucu odakların ve dış kaynaklı bozucu odaklarının tedavisine imkân sağladığından bahsedilmektedir.

Tüm iyi akupunktur müdahalelerine rağmen (Vücut akupunkturu ve MAPS = Mikro Sistem Akupunktur kombinasyonuna rağmen) başarılı olunamayan bir durum kalabilir. Bu durumda sebep genellikle bir bozucu alandır (bozucu alan, odak). Bozucu odakların varlığı her ne kadar bilimsel çalışmalarla büyük ölçüde ortaya konulmuş olsa bile "modern tıp" tarafından hâlâ çok fazla dikkate alınmamaktadır.

Bir bozucu alan ve odak sadece akupunkturun başarısını zedelemeyi aynı zamanda akut ve kronik hastalıklarda kullanılan diğer doğal tedavilerin ve tabii ki modern tıbbın müdahaleleri sonucu olabilecek olan iyileşme ve hafiflemeleri de engeller. Bozucu alan ve odak çoğu vakadaki gibi sadece hastalık oluşturmaz, geçirilmiş bir hastalığı da içinde barındırır. Bozucu alan odak; kronik enflamasyon, nedbeler veya köküne müdahale edilmiş bir diş (veya diş enflamasyonu) olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kulak akupunkturu, bozucu alan, bozucu odak, nöralterapi, lokal anestezi, enflamasyon hastalıkları, akupunktur ve MAPS.

### Abstract

Disturbance area and focuses have an important place in Neural Therapy and Regulation medicine. The condition expressed as a disturbance area are the reactions as a result of not completely recovering biologically after a surgical operation or any illness that the body was exposed to.

While they cause a disfunction in the regulation of body at the beginning, they constitute an illness table when the stimulus increase or when addition stimulus take place. In order to be successful in the therapy, destructive focus which cause unsteady conditions should be annihilated.

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Hüseyin Nazlıkul, MD, Prof

Hakkı Yeten Caddesi 17/9 34394 Fulya İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

e-mail: hnazlikul@web.de

The existence of destructive area or destructive focus are accepted by neural therapists and other physicians and acupuncturists with more and more increasing rates. This article suggests why the ear acupuncture is an effective, fast and reliable method to determine the destructive area and destructive focus. On the other hand it gives possibility for the treatment of chronic inflammatory destructive focus and tooth destructive focus.

For all good acupuncture interventions (Body Acupuncture and MAPS: despite Micro System Acupuncture Combination) there can be unsuccessful occasion. On that occasion, the reason is generally destructive area (destructive area, focus). Modern medicine still doesn't pay attention to the destructive focuses even though the existence of them is determined greatly by the scientific studies. A disturbance area and focus damages not only the success of acupuncture, but also prevent the recovery and diminishing which are the results of interventions of modern medicine as well as other natural therapies which are used for acute and chronic illnesses. Disturbance area focus; may be a chronic inflammation, scars a tooth inflammation or a tooth of which root was intervened..

**Key words:** Ear acupuncture, disturbance area, destructive focus, neural therapy, local anesthesia, inflammation illnesses, acupuncture and MAPS.

Bozucu alan veya odakların Nöralterapi'de önemli bir yeri vardır. Bozucu alan olarak sözü edilen durumda, vücudun geçirmiş olduğu herhangi bir rahatsızlık veya cerrahi girişimden sonra, biyolojik iyileşmenin tam olarak gerçekleşmemesi sonucunda, bunların vücutta oluşturduğu tepkimelerdir (2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14).

Bunlar başlangıçta vücudun regülasyonunda bir disfonksiyon yaratırken, uyarıların artması veya ek bir uyarının oluşması durumunda hastalık tablosunu oluştururlar. Tedavide başarılı olabilmek için, söz konusu dengesizliği meydana getiren bozucu alan veya odağın ortadan kaldırılması gerekmektedir (10, 20, 24).

Tüm iyi akupunktur müdahalelerine rağmen (Vücut akupunkturu ve MAPS = Mikro Sistem Akupunktur (kombinasyonuna rağmen) kulak akupunkturu (Şekil 1) başarılı olunamayan bir durum kalabilir. Bu durumda sebep genellikle bir bozucu alandır (bozucu alan, odak). Bozucu odakların varlığı her ne kadar bilimsel çalışmalarla büyük ölçüde ortaya konulmuş olsa bile "modern tıp" tarafından hâlâ çok fazla dikkate alınmamaktadır (1, 13, 22, 23).

Neden A hastasında bir dizde bir artrit veya gonartroz, birkaç haftada problemsiz bir şekilde iyileşirken, B hasta-

sında tüm tedavilere rağmen dizdeki sorunlar hala devam eder? Her iki hasta aynı yaş, aynı sağlık düzeyi (görünüşte), aynı tanı ve benzer klinik tabloya sahip. B hastasında rahatsızlığın yerleşmesinden önce bedenin kendini iyileştirme mekanizmalarını engelleyen bozucu odak veya bozucu alan olarak tabir edilen bir durum mevcut olması onun daha zor iyileşeceği anlamına gelir.

Çevre ve yaşam kalitesini bozan etkenler ve jeo-patojen bozukluklar, bozucu odak veya bozucu alanların oluşmasını kolaylaştıran faktörlerdir. Bozucu alan veya odakların ortaya çıkmasında, bireylerin immun sistemleri önemli bir rol oynar. Bozulmuş regülasyon kibernetiği, tedaviye karşı bir direncin başlamasına neden olur (5, 6, 7, 13).

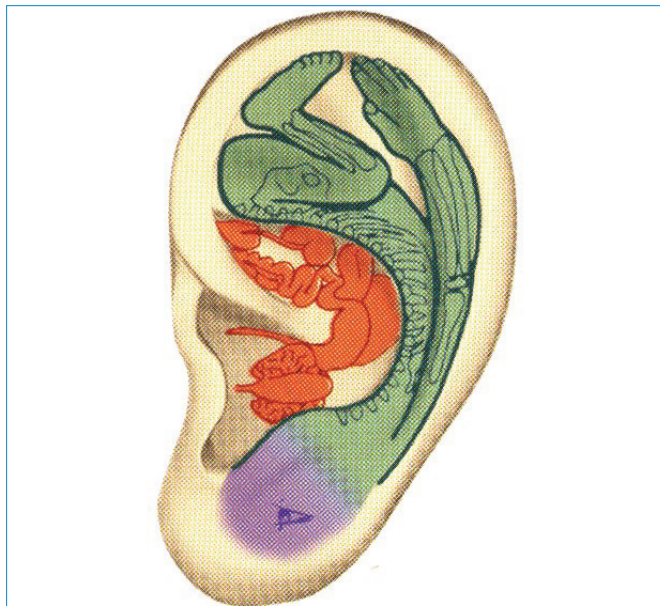
Bozucu odak, organizmanın Akupunktur, Homeopati veya Nöralterapi gibi Regülasyon terapilere cevap vermesine sebep olabilir. Tekrar edilen Akupunkturun başarısız olması veya Nöralterapi'den sonra kısa süreli ağrısız dönem olması durumunda esas hasarın bloke omurgada veya omuzda veya birinci kaburganın blokajından kaynaklandığı düşünülür. Bu semptomlar daha çok primer bir hasarı genellikle de bozucu odağı veya alanı işaret eder. Tabii diğer tüm tedaviler de bozucu odak tarafından bloke edilebilir (1, 9, 10, 11, 12).

Her bireyde kalıtsal olarak var olan veya sonradan kazanılmış zayıf noktalar vardır. Dolayısıyla vücutta bir bozucu alan veya bozucu odak oluştuğunda, öncelikle bu zayıf noktalar stres altında kalırlar. Bu da bize bazı bozucu alanların, örneğin kronik iltihaplı tonsillerin, neden farklı kişilerde farklı düzensizlikler meydana getirdiğini açıklar (10).

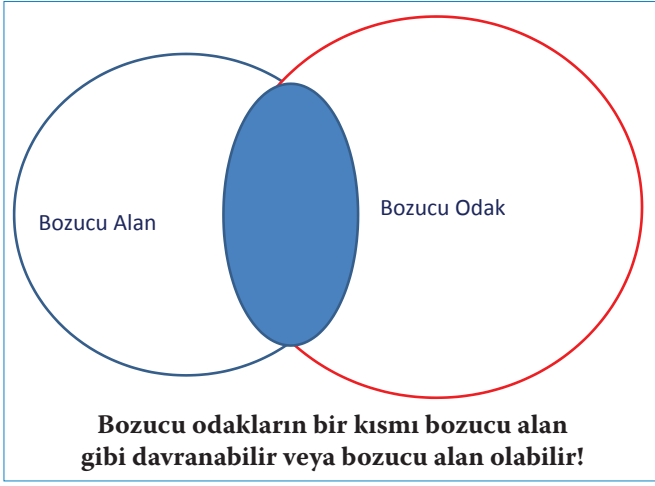
Örneğin kronik tonsilliti olan bazı kişilerde eklem romatizması gibi sorunlar oluşurken, bazılarında glokom, disk kayması veya astım sorunları gelişebilir (2, 3, 4, 14).

Diğer taraftan bazı kişilerde klinik tablo olarak, hormonal değişiklikler, kızgınlık, ajitasyon ve panik atak gibi, hastaların kendilerine özgü sorunlar ortaya çıkabilir. Bazı kişilerde ise gastrik ülser ve eklem sorunları gibi çeşitli hastalık ve metabolizma düzensizlikleri şeklinde klinik bulgular görülebilir (16, 18).

Kişi kendini sağlıklı hissederse bozucu alan ve odak onunla birlikte taşınır-bir bozucu odak tek başına yok olmaz. Ama ikinci bir yüklenme (grip, ağır kaldırma vb..) veya



Şekil 1 | Dişlerin organsal ilişkisi (11, 12).



Şekil 2 | Nazlıkul'a göre bozucu odak ve alan ortak ilişkisi (11,24).

ikinci vuruş genel yüklenme hesaplarına çok azla gelebilir ve kişi hasta olur. Bunun için semptomsuz kişilerde bile bozucu alan ve odak aramak profilaktik olarak anlamlıdır. Organizma büyük ihtimalle oluşmuş olan hasardan dolayı yüklenmiştir ve yeni bir uyarıyı regüle edememektedir (12).

**Bozucu alan veya bozucu odak nasıl gözlemlendi ve nasıl bulundu?** Bozucu alan veya bozucu odak (Şekil 2) tanısının başlangıcı ve tedavisi tamamen bir tesadüf; 1940 yılında denemelerine rağmen dirençli sol omuz ağrı olan bir kadın hastası varmış. Hastanın o zamanki bilgiler ışığında kan yoluyla bakteri ve toksinlerin yayıldığı bir odağı varmış; bu şüpheyle tonsili alınmış ve bir çok dişi çekilmişti. İlave olarak alt ekstremitesinde de bir odak şüphesi olduğu için ampute edilmek isteniyormuş. Hastanın alt ekstremitesinde 35 yıl önce geçirilmiş kemik enfeksiyonu (periostit) odağı varmış. Hasta bu durumu anlaşılır bir şekilde reddediyormuş. Huneke hastanın tedavini bırakmak durumunda kalmış. Şans eseri hasta 2 hafta sonra sağ baldırındaki eski nedbe dokusu iltihaplandığı için tekrar gelmiş. Huneke sağ bal-

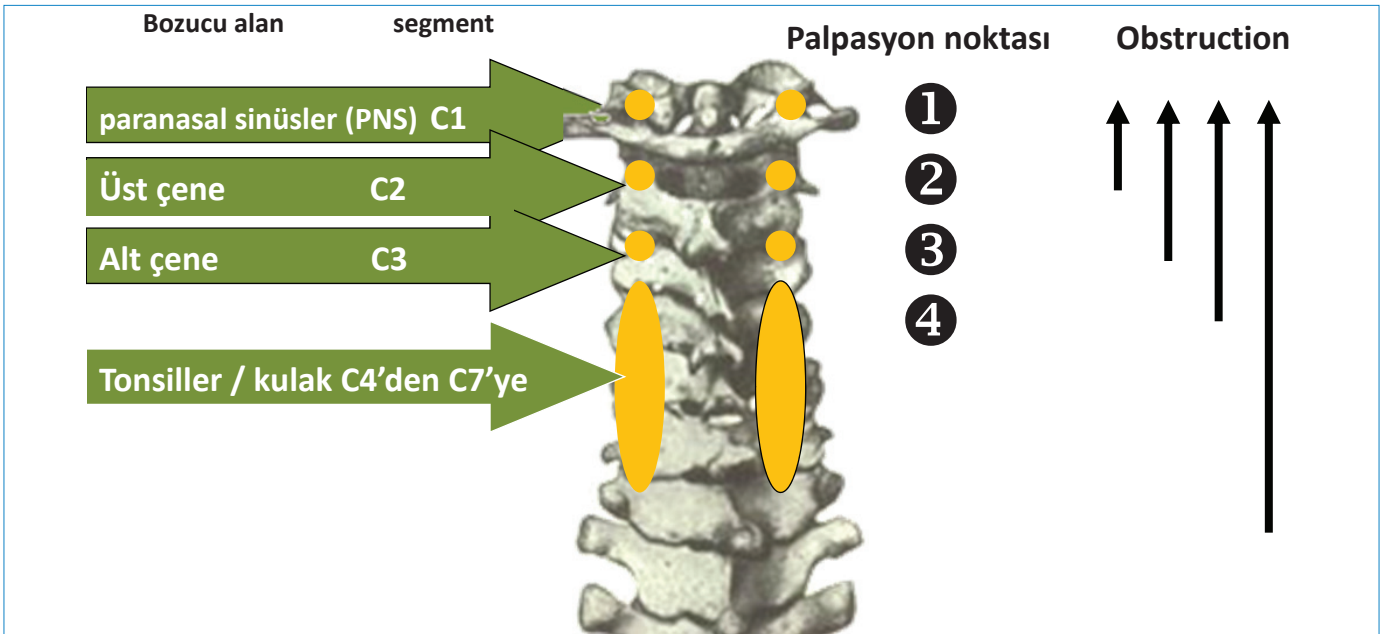
dırdaki enflame dokunun etrafına quaddel ve derine enjeksiyon yapmaya karar vermiş. Huneke baldırdaki bu bölgeye lokal anestetik (prokain) maddeyi enjekte ettiği an, aniden sol omuz ağrısı kaybolmuş ve hasta kolunu ağrısız oynatabilir hâle gelmiş ve bu müdahaleden sonra omuz eklemi tam ve kalıcı olarak iyileşmiş (2, 3, 4, 14, 15, 20, 24).

Huneke mantıklı olarak baldırdaki bu nedbenin bir bozucu odak veya alan olduğunu ve bilinmeyen bir yolla omuzda uzak etkiyle eklem şikayetine sebep olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca mantıksal olarak nedbe dokusu bozucu odağın lokal anestetikle (LA) çözülebileceğine karar vermiştir. Böylece bugünkü bozucu alan ve bozucu odak tanımının ve tedavisinin temellerini atmıştır (2, 20).

Bugün biz bir odağın lokal anestetikle neden çözüldüğünü biliyoruz: LA hücre duvarının elektriksel özelliğini değiştirir böylece sürekli vücuda elektrik akımı gönderen odaklaşma da değişir (2, 3, 4, 5, 9).

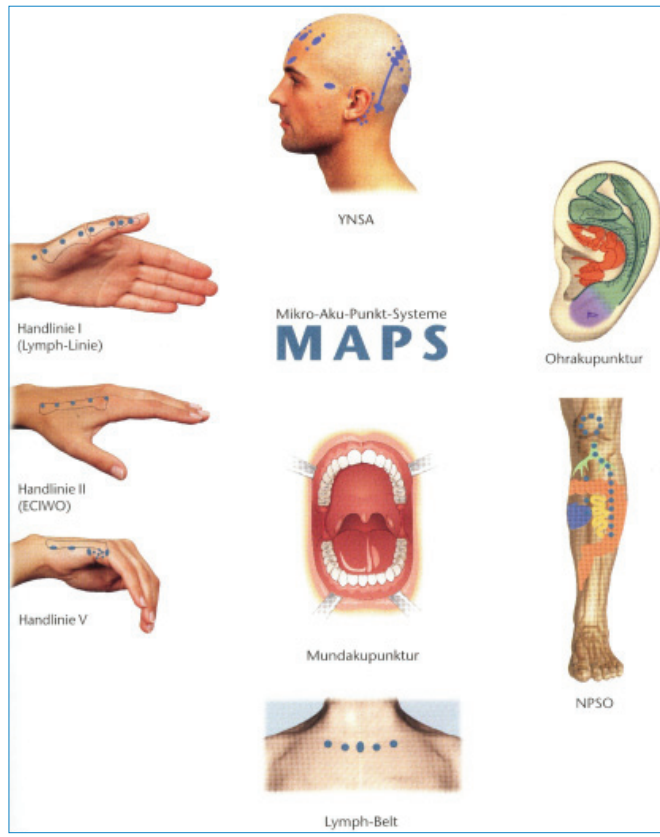
Huneke daha sonra hedef aramaya başlar- tüm kronik şikayetlerde hastada bulabildiği kronik iltihaplı tonsillere veya alt dudaktaki ya da dişlerdeki tüm nedbelere enjeksiyon yapar. Bundan sonraki gözlemlerine göre inatçı veya terapiye direnen semptomların kronik irritasyon yerlerine (nedbelere) yapılan LA enjeksiyonu sonrasında kaybolmuştur. Enjeksiyon yeri şikâyetlerden uzak bir yerde olabilir. Bu etki hemen hemen enjeksiyonla eş zamanlı olduğu için bu duruma "Sekundenphaenomen" demiştir. Huneke hastanın şikâyeti ile enjekte edilen bozucu yer (merkez, odak, bozucu alan) arasında nedensel bir ilişki tespit etmiştir (2, 3, 4).

Tüm nedbeler bozucu alan değildir herkeste bir veya iki tane gerçek bozucu nedbe bulunur. Tüm nedbelere aynı zamanda enjeksiyon yapılırsa bu hasta için acı verici olabilir. Zaman içerisinde Fransa Lyon'dan Dr. Nogier, Münih'ten Prof. Bahr, Giessen'den Prof. Dr. Herget, Münih'ten Dr. Gleditsch, Hamburgta Dr. H. Barop, İsviçre de Prof. Dr. L. Fisc-



Şekil 3 | Adler-Langer noktaları (2,10,11,12).





Şekil 4 | Dişlerin organsal ilişkisi (11,12).

her, Avusturya ekibinde Hopfer Bergmann ve benim 2010 Berlin Chaerite Tıp Fakültesinde yapmış olduğum doktora tezi tarafından yapılan araştırmalarla bir sistem geliştirilmiştir; gerçekten hasar verici olan bir çok nedbe veya kronik enflamasyonu daha çabuk bulmak için sayısız enjeksiyon yapmaya gerek yoktur. Deneyimli eller dokunarak segment içinde bazı düzensizlikleri tespit etmeleri mümkündür. Bunun için geliştirilmiş pek çok tarama cihaz ya da yöntem de vardır. Puslosilografi, ReviQuant, Termografi, AK (Uygulamalı Kineziyoloji) ve MAPS (Şekil 4) alanları üzerinde deksiyon gibi (2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13) (Tablo 1 ve 2).

Nöralterapi uygulayıcısının bozucu alanlara enjekte ettiği LA solüsyonu, dışarıdaki enerjinin, voltaj değeri azalmış olan dokularda toplanarak, bu hücrelerdeki voltajın tekrar

normal seviyelere ulaşmasını ve hücrelerin enerjiyle yüklenmesini sağlar; böylece bu yapıları, yeniden oluşabilecek voltaj kayıplarına karşı korumuş olur (2).

Prokain veya lidokain ile meydana gelen repolarizasyon olayı, hücrenin normal fonksiyonlarının yeniden yapılanmasını sağlarken, bozucu alanlardan gelen parazitli sinyallerin de, en azından bir müddet kesilmesini temin eder. Aynı bölgeye yapılan enjeksiyonlar tekrarlandığında, bu yeniden yapılanma işlemi sayesinde, organizma her seferinde daha uyumlu çalışır ve böylece doğru potansiyel enerjisinin kalıcılığı da sağlanmış olur (2, 3, 4, 10).

**Bozucu odak/bozucu alan arasındaki fark:** Bozucu odak lokal etki ederken bozucu alan tüm vücuda tesir eder. (5, 6, 7, 13).

**Bozucu odağın etkisi:** Eğer bir organda yetersizlik ortaya çıkarsa (ağır kaldırma, sportif gerginlik, stres, iklim etkisi, yanlış beslenme, enfeksiyon ile) sağlıklı kişi için bu durum kısa süreli hastalık belirtisidir. Akut durumda kişi iyileşir ve tekrarlamaz. Eğer kişi bu kronik odak etkisinin altında uzun süre kalırsa hasar verici bu uyarı zayıflamış olan organda kronik enflamasyona ya da şikâyetlerin artmasına sebep olur.

Bu hasar kaynakları genelde hasta tarafından bilinen hastalıklardır (asemptomatik kronik enflamasyon). Hastalıklardan sonra (yaralanma nedbesi) edinilen bir durum olabilir ve o ana kadar normal seyreden iyileşme bu olayı engellemiş olabilir (6).

Prensip olarak daha önce var olan veya sonradan edinilen bozucu odaklar her yeri özellikle vücuttaki zayıf olan bölgeleri etkileyebilir. Bazı bozucu odaklar lokalizasyonlarından ötürü "hedef organ" olabilirler. Her diş için hedef yönü belli olduğu için dişler örnek verilebilir: Tecrübelere göre ön dişler ürogenital sistemde odaklaşmayı gösterir. Bu durumda kadınlarda inatçı stres inkontinans, erkeklerde ise prostat şikâyetleri görülür.

**Olası Bozucu odaklar:** Bugünkü bilgilerimize göre (2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 20)

- Kronik enflamatuvar bozucu odak
- Ağzı-diş-çene bölgesine odak (bunlar bazen enflama-

Tablo 1 | Bozucu odak ve alan ortak ilişkisi. Nazlıkul'a göre bozucu alan ve odak arasındaki ortak ilişki ve farklılıklar (10, 11, 12, 24)

	Bozucu Odak	Bozucu Alan
Temel	Morfolojik ve anatomik değişiklikler. Biyokimyasal ve bakteriyel değişiklikler	Nörofizyolojik ve elektro fiziksel değişiklikler ve bozulmalar/disfonksiyonlar
Örnek	Kronik çene kemiği enfeksiyonu, osteomyelit, kronik hepatit ve keloid oluşumu	Klinik olarak pek sorunlu görünmeyen klinik yakınmalar ortaya çıkaran skar dokusu
Lokal semptomlar	Arada bir nadiren	Hayır. Ancak bozucu alan odaktan kaynaklanmış bulgu verebilir
Lokal bozukluklar	Mümkün	Nadiren
Uzak etki	Bazen	Her zaman
Görsel /Radyolojik metotlarda gösterilebilme durumu		
Röntgen		Hayır
OPG- Panoramik	Seçilen duyarlı metoda göre gösterilebilir	Hayır
MR		Hayır. Sadece odak zeminde kök alıyorsa görülebilir
Sonografi/US		Hayır
Laboratuvar metotlarıyla tespit edilme durumu		
Laboratuvar	Spesifik olmayan enfeksiyon, enflamasyon ve metabolizma parametreleri	Değişiklik yok

**Tablo 2** | Bozucu odak ve alan ortak ilişkisi. Nazlıkul'a göre bozucu alan ve odak arasındaki ortak ilişki ve farklılıklar (10, 11, 12, 24)

Bozucu Odak/Fokus	Bozucu Alan
Toksin tespiti Örneğin PSA	Evet
Histolojik değişiklikler-Histomorfolojik	Enflamasyon, maserasyon, Osteolize
Biyofiziksel – Diyanmik ve EAV yöntemleriyle değerlendirme	
Termoregülasyon sistemleriyle tespit	Evet
Proquant, Reviqunat, Vegatest	Evet
AK- Kineziyoloji	Evet
Kulak Akupunkturu ve MAPS	Evet
TEDAVİ = TERAPİ	
Temizleme/ sağlığa kavuşturma/ Kürete etme	Cerrahi temizlik, Endodonti, Skarların kesilip alınması ve yeniden dikilmesi
Başarısızlık durumunda	Elektrofizyolojik destek, Nöralterapi
	Hayır. Sadece bozucu alan kaynaklık eden oluşum odakla ilişkiliyse olabilir.
	Herhangi bir ilişki yok
	Elektrofizyolojik düzenlenme – LA. Nöralterapi
	Bazen mekanik engelin kaldırılması için MM ve diş için cerrahi müdahale ile destek.

tuar odak adı altında kabul edilir) ve diş organ ilişkisi (Şekil 5)

- Nedbe bozucu odakları

### Diğer Bozucu Olasılıklar

- Bağırsak florasında normalde olmaması gereken mantarların bulunması (bağırsak disbiyozu)
- Materyel duyarlılığı (diş hekimliğindeki materyaller, protezler, implantlar, gece aparatları)
- Toksin yüklenmeleri (besin, mekân ve çevre vb..)
- Psikik yüklenmeler
- Jeopatik veya elektromanyetik yüklenmeler (elektrosmog)

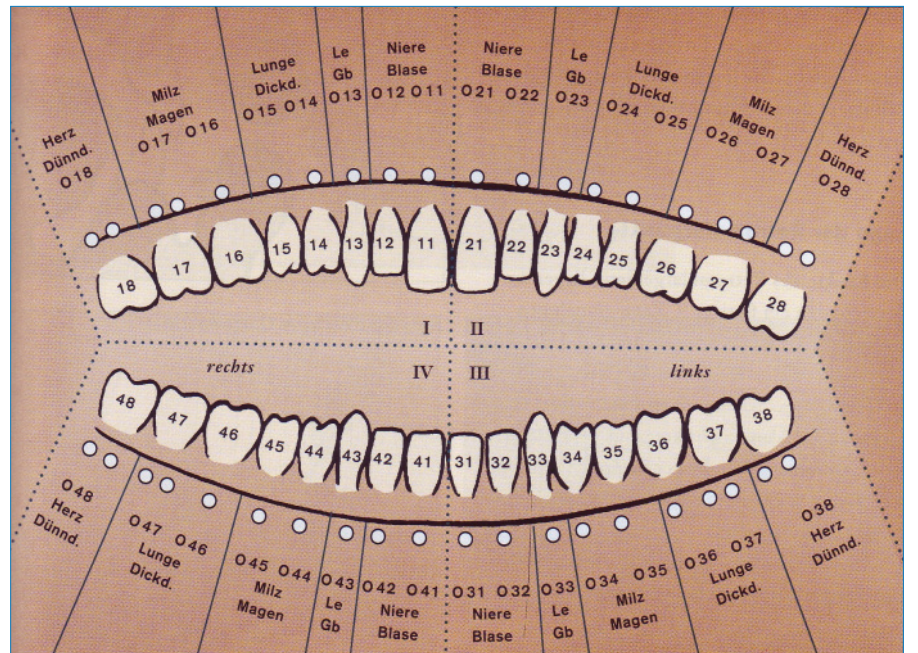
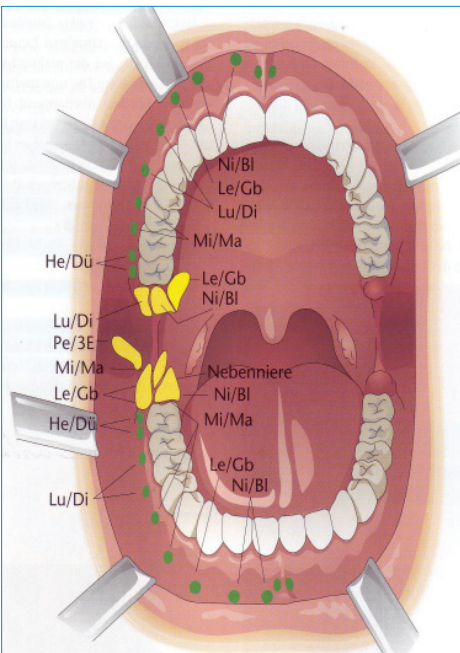
**Kronik enflamatuar bozucu odaklar:** Sinüzit gibi kronik enflamatuar bozucu odaklar vücudu sürekli enflamatuar durumda tutar bu da hastalık hâli oluşturur (6, 7, 8).

Olası enflamatuar bozucu odaklar:

- Maksiller ve frontal sinüzitler

- Kronik tonsilit
- Dişler
- Çene eklemi (eksik dişten dolayı enflamatuar yüklenme reaksiyonu)
- Kronik over iltihabı
- Kronik çekum iltihabı
- Kronik prostatit
- RIA sebebi ile kronik endometrit
- Kronik sistit
- Safra kesesi yaşı sebebiyle eşlik eden enflamatuar reaksiyonlar
- Kronik pankreatit
- Enflamatuar hemoroid
- Granülom, tbc-tuberkul gibi kronik bağışıklık sistemi reaksiyonları

Yukarıdaki olası bozucu alanların ve odakların çoğu hasta tarafından bilinmez. O yüzden anamnezde genelde tespit edilmesi zordur ve atlanabilir. Şüphe edilen bir durum varlı-



**Şekil 5** | Dişlerin organasal ilişkisi (11, 12, 24).



ğında ReviQuant, Vegatest, AK (Uygulamalı Kineziyoloji) ile arama yapılabilineceği gibi iyi bir mikro sistem (MAPS) olan kulak kepeçesi üzerinde arama yapmak da mümkündür. Etkili odakların tanısı tabii ki mümkündür (1, 13, 19, 21, 22, 23).

**Diş bozucu alan ve odağı:** Diş bozucu odağı olarak, hasta veya diş hekimi tarafından bilinen akut enflame diş veya ağrılı çürük düşünülmez. Akut enflame diş kişiyi gece acile götürür. Diğer ağız-diş-çene bölgesindeki odaklar hiç veya çok az şikâyete sebep olur (Şekil 3 ve 5). En azından kendi lokalizasyonlarında olmaz ve bu yüzden kişi diş hekimine gitmez. Kişi daha sonra migren, romatizma gibi şikâyetlerinden ötürü başka uzmanlara gider (1, 13, 19, 21, 22, 23).

Bu tarz klinik olarak göze çarpmayan, radyolojik olarak da her zaman görüntülenemeyen diş odakları tespit edilebilir:

- Enflame veya ölü sinirli diş
- Kökü müdahale (devital) görmüş diş
- Çenede kök parçası
- Yer değiştirilmiş, etkilenmiş dişler, çenedeki kistler
- Diş çekiminden/operasyondan sonraki kronik çene ostiti
- Parodontit veya diş aparatı enflamasyonu
- Kemik cepleri

Tecrübeyle her dişin belli alanı tercih ettiği ve böylece o bölge için bozucu odak olabileceği bilinir: örneğin ön dişler ürogenital sistemde (mesane, prostat, karın), köpek dişleri gözlerde, arka azılar omuzlarda problem yaratabilir. Ayrıca dişler omurganın belirli bölümlerini de etkiler. Empirik olarak yıllardır bu ilişki bilinmektedir (19). Diş ve vücut arasındaki ilişkinin detaylı bilgileri diş tablosundadır.

**Nedbe bozucu odak:** Nedbe bozucu odaklarındaki hücrelerde, ölçülebilir termik, kimyasal veya fiziksel hasarlar yapan repolarizasyon kaybına sebep olan bir fonksiyon yetersizliği vardır. Buralarda yüksek, pasif, sürekli depolarizasyonla yüksek elektriksel bozucu potansiyel yaratılır. Nedbenin bir veya iki yeri bu hasardan etkilenir ve buraları odak karakterini alır (5, 6, 7, 10, 11, 16, 18). Her hücre 40-90 mV'luk küçük bir potasyum pili gibidir. Normalde her uyarıda hücre içine doğru iyon geçişi olur ve potansiyel düşer: Depolarizasyon. Eğer hücre sağlıklı ise depolarize eden bu iyon geçişini durur ve repolarize olur. Gerekli olan bu iyon alış-verişindeki stabiliteyi muhafaza etmek için gerekli olan enerji oksijen metabolizmasıyla sağlanır. Çok şiddetli veya sürekli olan uyarılarda (kimyasal, fiziksel, travmatik-nedbe oluşumu) hücrenin gücü yetmez. Devam eden polarizasyon duyarlı veya hasta hücrelere gerekli bilginin gelmesini engeller ve hücreler fonksiyonlarını düzgün bir şekilde yerine getiremezler. Ancak başka türlü bir elektrik akımı yayarlar ki böylece bozucu odak meydana gelmiş olur. Bu durum vücudun zayıf yerlerini etkiler (9, 10, 13).

Bir hastanın kalp krizinden tehlikeli kalp ritmi bozukluğundan dolayı öldüğü, kalp krizinde senelerdir bilinen bir durumdur. Dahiliyede bu durumu tetikleyen infarkt alanında-

ki küçük, elektriksel olarak aktif bir nedbe dokusunun olduğu biliniyor. Bu hücreler kalbin elektriksel akımını, ölümcül ritmik hasara dönüşecek şekilde etkiler (12, 13, 18, 21).

Her nedbe, iç nedbeler dahi bu elektriksel akıma sebep olup bozucu odak haline gelebilir. Sıklıkla nedbelerin ufak bir alanı, az bir bölümü etkilenir. Özellikle bu tip zor iyileşen, bilerek açık bırakılan (diren) veya granülom gelişen nedbeler sıklıkla bozucu odak oluştururlar. Bazen tamamen "suçsuz", primer iyileşen, kozmetik olarak iyi olan nedbelerin de ciddi bozucu etkileri olabilir. Yukarıda bahsedildiği gibi genelde bir (en fazla iki) nokta veya büyük nedbeler odak olarak aktif hâle gelir. Bu tip durumlar lokal muayenede tam olarak tespit edilmelidir (9).

Herget ve Bahr'ın bozucu odak tanı uygulamalarına göre teşhis edilen bozucu odakların %40'si nedbe dokusudur. Bazı nedbelerin neden bozucu odak olduğu bazılarının ise olmadığı hakkında tam bir bilginiz yok. Bu ilişkiyi anlamak için Akupunktur mantığı bize fikren bir köprü oluşturulabilir. İlginç bir şekilde bu tip nedbeler genelde daima akupunktur meridyeni veya fasya zinciri üzerinde yer alır. Pratik olarak bir meridyenin bozulması veya bloke edilmesi böyle sonuçların doğduğunu gösteriyor. Bu tip nedbe bozucu odağından kaynaklanan semptomlar sıklıkla etkileyici bir şekilde başka bir meridyen alanında yer alır (1, 13).

Çok basit bir örnekle evdeki elektrik sistemini meridyenle kıyaslayabiliriz: Tüm meridyenler elektrik tesisatı gibi birbirine bağlanmıştır. Analog olan, bodrumdaki kablo klemp lenince çatıdaki ışık gider.

Nedbe bozucu odağında şunları unutmamak gerekir (2, 3, 4, 13, 24):

- Dren ve laparoskopi nedbeleri
- Göbek deliği (özellikle çocuklar, tabii erişkinler de)
- Tonsilektomi veya tiroid operasyon nedbeleri
- Kısırlaştırma, prostatektomi veya prostat ışınlaması, vajinal veya abdominal histerektomi, sezeryan nedbeleri
- Apendektomi nedbesi
- Epizyotomi nedbesi

Üst ekstremité arkasındaki nedbeler daha az bozucu odak oluştururken sezaryen veya kasıktaki nedbeler daha sık bozucu odak oluşturur. Sebep: Bunlar bir çok meridyen akışına denk gelir. Şikâyetler (migren) tek bir meridyenin blokajı ile ilgili ise bu odağın çözümlenmesi şikâyetleri hemen yok eder tam bir gerçek tedavi olur!

## VAKA ÖRNEKLERİ

### Vaka 1: Migren

38 yaşındaki erkek hasta bir hasta 10 yıldır migren şikâyeti olduğunu söylüyor. Ayrıntılı anamnezde 11 yıl önce futbol oynarken ayak bileğini kırdığını ve o travmadan 6 ay sonra migren şikâyeti olduğu ortaya çıktı. Ameliyat olmuş ve ayak bileği dış kenarında büyük bir nedbe dokusu oluşmuş. Bu

nedbe akupunktur yaklaşımı göz önüne bulundurulduğunda genelde migrenden sorumlu olan safra kesesi meridyenine tekabül ediyordu. Bu alan üzerinde yapılan AK (Uygulamalı Kinesiyoloji) ve kulak kepçesinde muayene sorunun burası olabileceğini doğruluyordu. İlk tedavi: Kulakta ayak bileği ve safra kesesi noktalarını akupunktur iğneleri ile uyararak oldu. NT terapi yaklaşımıyla da trigeminus çıkış noktaları başta olmak üzere, ağrı sağ taraf ağırlıklı olduğundan sağ gangliyon stelatum, gangliyon oticum ve gangliyon pytergopalatinum enjeksiyonları yapıldı.

İlk seanstan 1 hafta sonra hasta ikinci seansa geldiğinde ağrılarında hiçbir değişiklik olmadığını tanımladığı gibi bir gün önce başlayan bir migren atağı yaşadığını belirtti. Bunun üzerine kulak dedeksiyonu tekrarda yapıldı. Ayak bileğinin kulakta yansımasını bulunduğu alan hala aynı duyarlılıktaydı. Ve AK ile ayak bileğinin şimdi yaşamış olduğu baş ağrısı ile ilgili olup olmadığı test edildiğinde ilişki doğrulandı. Hastanın sadece ayak bileğine ve bölgede bulunan nedbe dokusuna %0, 5 lidokain ile yapılan enjeksiyon migren atağını anında ve tamamen durdu. Kontrol için yapılan kulak dedeksiyonunda duyarlılığın da olmadığı görüldü. Bu yanıt nöralterapide tanımlanmış olduğumuz sekonden fenomeniydi.

ikinci seanstan sonra yani klinikte gözlemlediğimiz sekonden fenomeninden sonra her hafta olan migren atağı 4 haftada bire indi. Üçüncü seanstan sonra hiçbir şikâyeti kalmadı, hafif bir baş ağrısı kaldı (migrenin önformu olarak görülür).

Dört uygulamadan sonra hastanın artık nedbe bozucu odağı yoktu ve migreni tamamen geçmişti. Bir yıl sonra bana başka bir sorunu ile ilgili geldiğinde migrene dahil her hangi bir ağrısının olmadığını söyledi.

## Vaka 2: Apendektomi Operasyonundan Sonraki Yüz Ağrısı

45 yaşındaki kadın hasta adendektomi operasyonunda narcozdan uyandıktan kısa bir süre sonra yüzünün sol tarafında işkence çeker gibi bir ağrı hissetmiş. Eliyle o bölgeyi işaret etmiş. Operasyon olalı tam 2 yıl olmuş. Bir çok tedaviler görmüş ve bize geldiğinde son bir yıldır gabapentin kullanmaktaydı. Hastanın yapılan pulsosilografisinde mide meridyeninde blokaj olduğu tespit edildi. Bozucu alan ve odak araştırmasında küçük bir alan olan mide meridyenine tekabül eden yeni apendektomi skarı tespit edildi. Bunun üzerine hastaya MAPS kulak dedeksiyon yapıldı. Sol kulakta cavum concha içinde yer alan mide alanında bir duyarlılık tespit edildi. Kulaktaki mide alanına akupunktur uygulaması ile bir değişiklik olmadı. Bu alana 0, 5 lidokain ile bir quadel yapıldı, bir değişiklik yine olmadı. Hastaya mide segmenti, sol trigeminus alanları, sol stellatum ve gangliyon çölyak enjeksiyon yapıldı. Yapılan değerlendirmede bir değişiklik olmadı. İkinci seansa geldiğinde Adler Langer noktalarının incelemesinde C4 bilateral pozitif bulundu ve bunun üzerine tonsil enjeksiyonları yapıldı. Hastanın yapılan kulak dedeksiyonunda sol mide

alanı ve heliks kökünde apendektomi yerinde çok duyarlı bir sinyal alındı. Bunun üzerine kulakta dedekte edilen yerlerden daha çok bunun bedende yer alan organ incelemesi yapıldı. Apendektomi skarı ve göbek skarı enjeksiyonu ile birlikte hastanın yüzünde alan ağrı bariz bir şekilde azaldı. Hastaya mide segmenti tedavi dahil edilmesi ile birlikte yüz ağrısı tamamen kayıp oldu. Bu hastada büyük olasılıkla göbek ve mide deki labil hal birinci vuruştur, apendektomi operasyonu ikinci vuruş ve bulunduğu yer olarak mide meridyenin üzerinde olması yüzde oluşan ağrıya neden olmuştu.

## Vaka 3: Diş Tedavisi Sonrasındaki Omuz Ağrısı

Takip etmekte olduğum bir hastada 24 numaralı dişinin köküne olan (kök ucu rezeksiyonu) müdahale sonucu odak gelişmiştir. Müdahalenin sabahı saat 06.00 civarında sağ omuzdaki delici bir ağrıyla uyanmış. Ağrı saatler içinde ve gün boyu hafiflemiş. Bu durum benim muayenehaneme gelene kadar her gün tekrarlamış.

Omuzun muayene sonucu atipikti: Aktif ve pasif hareketler range sonunda kısıtlı idi, diğer izometrik fonksiyon testlerinde dikkate değer veri yoktu, lokal palpasyonda kiriz yerleri ve eklem ile ilgili bir hassasiyet saptanmadı. Ağrı yandan dirseğe doğru vuruyordu ki bu da kalın bağırsak meridyenin alanına uyuyordu.

Bu durum kalın bağırsak meridyenin uyarılması ile işaret parmağından omuza, boyuna, yanaklara ve üst dudağa yayılır ve orada çaprazlaşır ve burun kökünde sona ermekteydi (odak solda ağrı sağda). Di 20 son nokta kök ucunda 23 ve 24'de biter ki en son müdahale buraya olmuştu.

Adler Langer alanlarının incelemesinde C2 sağ duyarlı bulundu. MAPS kulak akupunktur sağ diş bölgesinde ciddi bir hassasiyet bulundu. Omuz yansıma alanlarında dedeksiyonla her hangi bir lokalizasyonun tespit edilmesi sorunun bozucu alan veya bozucu odak olacağı düşünüldü. 24 diş köküne yapılan LA %1 prokain enjeksiyonu sonucu ağrı hemen kayıp oldu ve omuz fonksiyonları tamamen düzeldi. Bu durum da yapılan diş tedavisi sonucu ortaya çıkan disfonksiyon hem kulak akupunktur açısından hem ağız içi akupunktur açısından ve nöralterapi yaklaşımında bir bozucu alan olduğunu doğruluyordu. Dişe yapılan enjeksiyon sonrası hem Adler langer C2 sağ tarafta bulunan hassasiyetin kayıp olması ve MAPS alanlarındaki duyarlılığın kayıp olması ilişkili yapıların durumunu göz önüne sermektedir.

## Vaka 4: Kök Kalıntısı Sebebiyle Sivilce

60 yaşlarında bir kadın hasta birkaç yıl önce ekstremitelerinde tam belli olmayan masif bir sivilce ve şiddetli ödemle geldi. Semptomlar bir iki gün içinde ortaya çıkmış. Fizik muayene ve diğer tetkiklerle bir sonuca ulaşılamadı. Hastaya yapılan Adler Langer muayenesinde sağ C2 hassas bulundu. Üst çene tamamen protezdi. Bazı dişlerde (sağ kesici diş) kök kalıntısı vardı. Büyük ihtimalle kök künttü ve metal bir kök pimi vardı.

AK ve MAPS kulak dedeksiyonu testlerinde burası esas bozucu alan olduğu düşünüldü. O bölgeye yapılan LA enjek-

siyonu geçici bir rahatlama sağladı ancak sivilce tekrar çıktı. Sonra diş hekimine gönderilen ve kalan diş kökü çıkarıldıktan sonra sivilce birkaç gün içinde yok oldu. Burada enteresan olan ön dişler ve böbrek-ürogenital sistem döngüsü ile bağlantısı olması idi: Ekstremitedeki ödem de yok oldu.

Bozucu odak nasıl bulunur? İç hastalıklarında “odak taraması” standarttır: Kararı etkileyebilecek her türlü teknik kullanılır. İlk etapta enflame yerler düşünülür sinüzit, safra kesesi, pankreas, pelvis veya dişler gibi. Maalesef bir çok odak, sofistike ve modern tasarlanmış veya kimyasal tetkik tanılardan uzak kalmaktadır. Bazı dişler semptomlarda bir değişiklik yaratmadan sadece şüphe üzerine çekilmiştir. Bozucu odak ihtimali olan nedbe genelde dikkate alınmaz (sıklıkla bunlar bozucudur). Bu yüzyılın başında dişlerin çekilmesi sonucu bazı vücut bölümlerinde iyileşme yarattığı için birçok diş hekimi ve hekim tüm açıklanamayan şikâyetlerin sebebinin dişlere hatta daha kötüsü bütün dişlere bağlamışlardır. Bu bir çok hastalıkta istenen sonucu vermese de sağlam dişlerin çekilmesine sebep olmuştur (her diş bozucu değildir).

Hüneke bozucu alan ve odak oluşumunu keşfetmiş ve olası tedavi formu oluşturmuştur. Kendi metodunda esas bozucu odağın tespitine yönelik bir diagnostik yöntem bulamamıştır. Şu anki tüm Nöralterapistler gibi tüm nedbelere tek tek enjeksiyon yapmıştır. Eğer hastanın çok sayıda nedbesi varsa (kural olarak her nedbe bozucu olabilir) her birinin enjeksiyonu sıkıcı ve acı verici bir durum yaratır. Bir çok nedbeye arka arkaya enjeksiyon yapılır ve iyileşme olursa hangisini sebep olduğu bilinemez. Bir bozucu odağa birkaç defa enjeksiyon yapılması gerektiği için her oturumda ayrı ayrı enjeksiyon yapılması istenmediği için hasta bu prosedüre birkaç defa mâruz kalır. Ancak AK, ReviQuant, Termografi, Palpasyon ve MAPS dedeksiyonu ile her nedbenin enjeksiyon edilmesinde daha çok sorunlu olan nedbe dokusu enjeksiyonu ile sonuç almak daha az enjeksiyon gerektirir. Dişler durum daha vahimdir, hastalık oluşumuna etkisini görmek için dişler peyder pey çekilemez (11, 12, 13).

Ayrıca nedbe enjeksiyonunda dikkat edilmesi gereken nokta teknik olarak hiçbir zaman tüm nedbe dokusuna enjeksiyon yapılamaz. Gleditsch'in geliştirdiği teknikle nedbe dokusunda yapılacak bir inceleme ile sorunlu olan nedbe içindeki yer tespit edilebilir ve enjeksiyon sadece oraya yapılabilir (1, 9, 22, 23).

- Karın zarına kadar hiçbir nedbeye erişilemez
- Dikiş yerinin tamamına enjeksiyon yapılamaz ve daima müdahale göremeyen nedbe parçası kalır.

Gerçekte hiçbir zaman uzun bir nedbenin tamamı bozucu değildir sadece bir kısmı problemlidir. Hastaya büyük miktarda lokal anestetik ve ağrılı enjeksiyonlar yerine kulak akupunkturu üzerinde sorunlu yer bulunarak nedbenin bozucu uyarı verdiği yere yapılır. Kulak akupunktur dedeksiyonu ile skarın tamamı veya lokal olan bir alanımı sorun olup olmadığı incelenebilir.

Bozucu alan ve odak terapistleri için şu sorularda zorluk vardır

- Bozan alanı veya odağı nerede arayacağız?
- Hangi nedbe bozucu alan veya odaktır?
- Kökü oynanmış hangi diş çekilmeli?
- Vücudun içinde bozucu alan ve odak nasıl oluşuyor?

Yukarıdaki soruların cevabı basit-kulak refleks alanları üzerinden (Nogier/Bahr) üzerinde değerlendirmek mümkün iken aynı değerlendirmeyi AK ile yapmak da mümkündür. Tüm vücut kulakta refleks alanları şeklinde temsil edilmiştir.

Ne zaman VSS'de bir düzensizlik olur, regülasyon bozulur ve vücutta bir şeyler yolunda gitmezse kulakta yansıma alanında elektriksel olarak değişim olur. Örneğin kalçadaki bir nedbenin bozucu etkisi olduğu kulakta kalça yansıma alanında bir ölçüm aletiyle tespit edilir. Eğer nedbe bozucu alan veya odak değilse o nokta elektrik olarak nötral kalır. Bu metod pratik olarak tüm vücuttaki bozucu alanları taramada kullanılabilir. Kural olarak nedbenin bir kısmı bozucu olduğu için kulakta da o bölgede elektriksel aktivite görülür. AK ve RAC sayesinde nedbe üzerindeki esas nokta bulunabilir. Tedavide bozucu odak nedbenin derin noktalarında olabilir ve enjeksiyonla buralara ulaşamayacağı için kulak noktası tercih edilir. Ancak kulak kepçesi üzerinde yapılan bozucu alan veya odağın yansıma alanı olarak düşündüğümüz yere gerek LA ve gerekse akupunktur iğnesi yapmak hiçbir zaman sorunun olduğu yerde yapılan LA enjeksiyonu kadar yüz güldürücü değildir. Kulaktaki her aktif nokta bozucu alan demek değildir aynı zamanda her nedbe alanına/her bozucu noktaya dokunmak gerektiğini belirtir (1, 14, 15, 20).

İç nedbelerin (apendektomi skarı, sezeryan skarı) bu yolla bozucu etkileri belirlenir (bu nedbelere yüzeydekiler gibi erişilemez). Ancak çok derinde olan nedbelerin üzerinde etkili olan sempatik gangliyonlar üzerinde bu bozucu alan uyarılarını düzenlemek mümkündür.

Klinik olarak şikâyetlerin geçmesinin yanında başarılı bir bozucu alan tedavisinin başka parametreleri vardır: Örneğin laboratuvar değerlerinde, röntgen kontrol, test edilen allerjen sayılarında azalma, hormon değerlerinin normalleşmesi ile birlikte düzelen Kibler cilt kaydırma testi, Adler Langer alanlarında düzelme ve kulak akupunktur noktaları üzerinde disfonksiyonel olan alanlarda nötrleşme (8, 20, 24).

Kulak dedeksiyonu ile bir başka faydası da hasta tarafından fark edilmeyen veya unutulmuş nedbe veya enflamasyonların tespit edilebilmesidir. Dedeksiyonla bulunan noktanın hemen uyarılmasından daha çok o alan ile ilgili her hangi bir sorun veya geçirilmiş bir hastalık olup olmadığının sorgulanması. Klinik olarak görülmeyen bozucu alan bu yolla görülebilir. Kulak dedeksiyonda iyi bir dedektör ile çalışıldığında bozucu alan için çok ciddi bir uyarı almak olasıdır. Akupunktur noktasının akupunktur iğnesi ile uyarılmasına rağmen bir değişikliğin olmaması yansıma alanının bozucu alan veya adak olduğu leynine değerlendirmek gerekir (1, 9, 11, 22, 23).



Kulak akupunkturunu ile bozucu odak taraması müdahalede avantaj sağlar

- Hastada gerçekten bozucu odak var mı?
- İçteki nedbe mi bozucu?
- Bir diş mi bozucu?
- Bozucu odağın şiddeti nedir?
- Hastada kaç bozucu odak var?
- Hastanın hatırlamadığı bir yapı bozucu olabilir mi?
- Bozucu odaklar nerede aranmalı?

Bu bozucu odak taraması gerçek problemi bulmada önemlidir. Odağın çözülmesi daha çabuk, daha emin ve daha efektif olurken seans sayısı ve maliyet de azalıyor. Kulak refleks zonları ile tanı ve tedavide, *Conditio sine qua non* kulak refleks zonlarını iyi bilmek demektir (1, 9, 11, 22, 23).

**Diş bozucu odağı: Adler Langer** alanları üzerinde alt üst diş arasında nitelikte ayırım yapılabilirken benzer bir değerlendirmede kulak kepçesi üzerinde yapılabilir. Yeni başlayanlar kulakta buldukları aktif noktanın vücuttaki bozucu yapısına kilitlenirler. Kulaktaki diş alanı tecrübesizler için belirli bir diş demek değildir. Üst ve alt çenenin yeri anatomik olarak kesin belirlendiği için bunları bulmak rahattır ama ilgili diş alanları milimetrik olarak yan yanadır (RAC syn. Nogier-refleks, VAS, vasculer otonomik sinyal kesin tekniklerdir). Ancak AK – Uygulamalı kineziyoloji eğitimi almış olanlar bu konuda hem diş için hem de diğer bozucu alanlar için hedef odaklı bir tarama yapma şansına sahiptirler (8, 13).

Yeni başlayanlar belirli bir dişi bulamamaları bile dişlerde bozucu odak olduğunu anlayabilirler. Hangi çenede olduğu bulunan dişlerden hangisinin köküyle oynanmışsa o olabilir ama iki tane yan yana böyle diş varsa hangisi olduğundan emin olunamaz. Her hâlükârda iğne batacak bozucu odak kaynağı olan yerin (kulakta aktif nokta) tespit edilmesi anlamıdır. Kesin tanı için puls teknikte tecrübe kazanmış olmak gerek. Bu teknikler ilgilenenler için ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

**Bozucu odak çözülmesi:** Bozucu odak tedavisinin amacı bu odağı yok etmektir. Bozucu odak bulduktan sonraki adımlar kolaydır. Bozucu odak yok edilmesini yani vücudun etkilenmesini fonksiyonlarının düzenlenmesini şu şekilde sağlarız :

- Kulaktaki bozucu odak yerine akupunktur iğnesi batırılır
- Bozucu odağın lokal anesteziyle enjeksiyonu (2, 3, 4, 16, 17)
- Nedbenin bozucu kısmına akupunktur iğnesinin batırılması
- Spesifik frekanslı laser tedavisi, lokal nedbeye ve ya kulaktaki refleks noktasına

Tüm metotlar çok çalışmış ve kendini yetiştirmiş kişiler için kolaydır. Kulaktaki refleks zonun iğnelenmesi nedbenin lokal anesteziyle enjeksiyonu ile aynı etkiye sahip değildir. Gerçekten bozucu olan odağa tecrübeyle ve çalışarak geliştirilmiş teknikle yapılan bir enjeksiyon daha anlamlıdır (RAC-diagnoz). Bedende yer alan bozucu alanın kulaktaki yansı-

ma alanları diyagnozda çok kıymetlidir. Ancak bu alanlara yapılan LA enjeksiyonları sonrası bozucu alanın düzelmediği göz önünde bulundurulduğunda Adler Langer yansıma alanlarını nasıl ki çok sağlıklı bir diyagnoz olarak kullanıyorsa aynı yaklaşımla kulakta dedeksiyonunu da diğer bedeni için kullanabiliriz. Böyle bir kombinasyonla doğal olarak daha temiz bozucu odaklara daha az lokal anestetik verilmiş olur. Prensip olarak kulak refleks zonuna yapılan hedefe yönelik bir duyarlı noktanın aranması veya dedekte edilmesi bedendeki bozucu alan veya odağın nerde olduğu ve yapılan tedaviye cevap verip vermediğini değerlendirmek mümkün hale geliyor. Bu değerlendirme iyi bir kulak akupunktur alanlarının dedeksiyonu eden bir cihazla yapılabilineceği gibi, AK, Nogier-refleks'le ve (VAS, RAC) rahatlıkla emin bir şekilde yapılabilir (2, 3, 4, 9, 24).

### Kaynaklar

1. Bahr, F., Strittmatter B.: Das große Buch der Ohrakupunktur, Hippokrates Verlag, Stuttgart 2010.
2. Barop, H.: Neuraltherapie nach Huneke – Haug Vlg., Heidelberg 1996
3. Dosch, P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke. Haug Vlg., Heidelberg 1989.
4. Fischer, L.: Neuraltherapie nach Huneke – Haug Vlg., 3. Auflage Heidelberg 2011
5. Kellner, G.: Wirkung des Herdes auf die Labilität des humoralen Systems. Österr. Zschr. Stomat. 60 (1963) 312.
6. Kellner, G.: Nachweismethoden der Herderkrankungen und ihre Grundlagen. Therap. Woche 15 (1965) 1267–1274.
7. Kellner, G.: Zur Histochemie der Narbe. Hippokrates 36 (1965) 777–785.
8. Kibler, M.: Segment-Therapie, Hippokrates Vlg, Stuttgart 1950.
9. Nazlikul, H.: Akupunktur – Tamamlayıcı Tıp 2002 Nobel Kitapevi S. 293-306
10. Nazlikul, H.: Nöralterapi 2010 Nobel Kitapevi
11. Nazlikul, H.: Bozucu alan ve bozucu odak kaynaklı dirençli vakalarda tanısal yaklaşım (Reviquant, MAPS) . BARNAT , sayı 17 . 2013 S: 27-33
12. Nazlikul, H.: Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp Yaklaşımı ile Bozucu alan veya bozucu odak olarak diş . BARNAT , sayı 15 . 2012 S: 12-17
13. Nazlikul, H.: Dissertation (Doktor medicinae) im Rahmen des postgradualen Universitätslehrganges für Ganzheitsmedizin –Regulationsmedizin “Neuraltherapie Naturheilverfahren, Regulationsverfahren und Herdgeschehen” von PD. Dr. med. Hüseyin Nazlikul 2010 Die Medizinische Fakultät Charité
14. Rost, A.: Verifizierung der Wirksamkeit der Neuraltherapie durch die Thermographie. Ärzteschr. f. Naturheilverf. 23 (1982) 713–719.
15. Rost, A.: Objektivierung der Neuraltherapie nach Huneke durch die Thermographie. In Dosch P., Freudenstädter Vorträge 1986, Band 11. Haug Vlg, Heidelberg 1987.
16. Pischinger, A.: Das System der Grundregulation. Haug Vlg, Heidelberg 1990.
17. Schiffter, R.: Neurologie des vegetativen Systems. Springer Vlg, Berlin-Heidelberg-New York 1985.
18. Schoeler, H.: Zur elektrischen Untersuchung von Narben. In Gross, D.: Therapie über das Nervensystem, Band 2, Hippokrates Vlg, Stuttgart 1965.
19. Schreckenbach, D.: An jedem Zahn hängt immer auch ein ganzer Mensch, 4. Auflg, Eigenverlag Portal zur Gesundheit, Tel. 06841-4440, Fax 06841-12964, E-Mail: Dr.Schreckenbach@web.de
20. Stacher, A.: Die Wirkung der Neuraltherapie auf das Blutbild. Ärtzl. Praxis 18 (1966) 827–829.
21. Steinhäusler, F. et al.: Membrane resting potential (MRP) as indicator of cell transformation in human lung biopsy samples (preliminary report). 2nd international workshop on experimental oncology. Madison, Wisconsin USA, May 29 and 30, 1981.
22. Strittmatter, B.: Der Störherd und seine Entstörung, Wege aus der Therapieresistenz, 2. überarb. Auflg. Hippokrates Vlg, Stuttgart, 2005
23. Strittmatter, B.: Taschenatlas Ohrakupunktur nach Nogier/Bahr, 4. Auflg., Hippokrates Vlg. 2008.
24. Weinschen, S.: Neuraltherapie – 2010
25. Pollmann, A.: Ärztliche Akupunktur Lehrbuch und Atlas