



zum Titelbild

Dieses Bild war eines der ersten Bilder, die Zhang Xiaoxia 1986 nach seiner Übersiedelung von Nanjing nach Brüssel gemalt hat. Es war sowohl Ausdruck seiner kulturellen Entwurzelung wie auch seiner Freude über die neue Freiheit: zarte, leichte Federstriche wie tänzelnd in der Luft, noch etwas Schatten werfend. Aber genauso notwendig eine Nadel, der Stange des Seiltänzers nicht unähnlich. Gefühl und Verstand müssen sich die Waage halten, soll es nicht zum Absturz führen. Der ihn eingeladen hatte, war ein belgischer Neurologe und Akupunkteur.





Verehrte an der Arbeit mit der NADA-Akupunktur Interessierte!

Mit diesem Reader möchten wir Ihnen aus den wichtigsten Bereichen psychosozialer und Abhängigkeits-Arbeit Beispiele aufzeigen, wie NADA-Akupunktur sinnvoll und zum Wohle Ihrer KlientInnen/PatientInnen eingesetzt werden kann. Sie finden hier – zumeist gekürzte – Berichte und Studien von 2004 bis 2019.

Natürlich existieren viel mehr Berichte zur Arbeit mit dem NADA-Protokoll. Nicht einmal die wichtigsten hätten in einem Reader Platz, sollte er nicht mehrere Kilogramm wiegen. Eine größere Auswahl finden Sie auf unserer Homepage www.nada-akupunktur.at/publikationen/studien.html (z.B. zum Einsatz von NADA im Öffentlichen Dienst sowie in Haftanstalten)

Dort finden Sie auch die ungekürzten Fassungen derjenigen Studien und Berichte, die wir hier nur gekürzt präsentieren können.

Auch haben wir darauf geachtet, Ihnen möglichst viele Beispiele aus dem deutschsprachigen Raum aufzuzeigen. Das soll Ihnen ermöglichen, mit den genannten Institutionen oder Personen Kontakt aufzunehmen, sich leichter zu informieren und zu entscheiden, ob die Arbeit mit dem NADA-Protokoll hilfreich für Ihre Arbeit mit Menschen an Ihrer Klinik, Ihrem Psychosozialen Dienst, Ihrer Suchtambulanz etc. sein kann.

Damit Sie sich möglichst schnell in dem Reader zurechtfinden, läuft oben rechts ein Header mit einer Kurzinformation.

»»» Der Vorstand der NADA-Akupunktur Austria wünscht Ihnen gute Information und größtmögliches Lesevergnügen!



Header		Autor(in)	Seite
NADA-Kurzinfo			06
SUCHT - Jugendliche - stationär		Weidig	09
SUCHT - Opioide - Syst. Review	Studie	Baker et. al.	17
SUCHT - Nikotin - Rand. Studie	Studie	Bier et. al.	19
PSYCHE - stationär	Studie	Payr et. al.	21
PSYCHOSOZIAL - ambulant	Studie	Schöneegger	25
PSYCHOSOZIAL - ambulant - mobil		Schöneegger	31
PSYCHE - PTSB - stationär		Hase	35
GERONTOLOGIE - stationär	Studie	Geib et. al.	39
ONKOLOGIE - Betroffene - Angehörige		Schienle	45
PÄDIATRIE - NAS	Studie	Raith et. al.	49
NADA - das Geheimnis: non-verbal		Raben	55
NADA - das Geheimnis: Empowerment		Ots	57
FLÜCHTLINGE - bei uns		Friedrichs	61
FLÜCHTLINGE - in Afrika		Yarberry	65
NADA - das Besondere			72
Kontakt und Impressum			75

NADA

steht für
National Acupuncture Detoxification Association
und wurde 1985 in New York gegründet und besteht
inzwischen weltweit

in Österreich seit 2006

Für wen?

NADA mit ihren Möglichkeiten der Ohr-Akupunktur und Ohr-Akupressur mittels Magnetpflastern ist eine komplementäre Behandlungsmethode.

Wir bilden Berufsgruppen aus den Bereichen der Medizin und psychosozialer Arbeit aus, die Menschen mit Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin), mit psychischen Problemen, nach traumatischen Erlebnissen behandeln.

Was geschieht?

NADA-Akupunktur und -Akupressur

- » lindert Entzugssymptome
(innere Unruhe, Schlafstörungen, Herzrasen, Schwitzen)
- » vermindert das Suchtverlangen, hilft trocken und clean zu bleiben
- » vermindert Ängstlichkeit, wirkt entspannend, fördert den Schlaf
- » fördert gleichzeitig Wachheit, Konzentration und Selbstvertrauen
und
- » kann bei jedem Menschen angewendet werden;
es gibt keine Kontraindikationen
- » ist Substanz-unspezifisch, sie wendet sich nicht gegen einen „Stoff“,
sie stärkt
- » hilft bei „schwierigen“ PatientInnen, einen therapeutischen Zugang
zu bekommen
- » stabilisiert in einer längeren Wartephase vor Psychotherapie

»»» NADA stärkt dich

**»»» NADA kann verdeutlichen:
Die Lösung steckt „in dir“ drin!**

Wie geschieht es?

Kernpunkte des NADA-Protokolls:

- » niederschwelliger Zugang
- » non-konfrontativ, non-verbal, wertschätzend
- » Gruppen-Setting für ca. 30 - 45 Minuten
- » Nadelung von bis zu 5 Ohr-Punkten beidseitig bzw. Setzen von Magnetpflastern (diese verbleiben bis zur nächsten Sitzung)
- » Unterstützung der Entspannung/Stärkung durch einen speziellen NADA-Kräutertee

Ausbildungen

Derzeit finden jährlich eine Frühjahrs- und eine Herbstausbildung in Graz und in Wien statt.

Bei einer Mindestzahl von 15 TN führen wir auch Inhouse-Ausbildungen in Ihrer Institution durch. Hierbei gewähren wir einen Preis-Nachlass von 10%.

Die Ausbildung besteht aus 2 x 1,5 Tagen Unterricht plus 30 supervidierten Behandlungen.

Das NADA-Zertifikat wird nach einer Prüfung (am Ende des 2. Ausbildungsblocks) ausgestellt.

Genauere Infos finden Sie auf unserer Homepage:

<https://www.nada-akupunktur.at/ausbildung/buchung.html>



Abb.: Die NADA-Therapien finden üblicherweise – aus Gründen der inneren Achtsamkeit – im Sitzen statt.



Abb.: Bei stark geschwächten Patienten kann die Therapie anfangs auch im Liegen durchgeführt werden.

Gekürzter und leicht veränderter und aktualisierter
Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2004;47,3:24-31

W. Weidig

Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt

Zusammenfassung

Die Fachklinik Bokholt wurde ursprünglich unter dem Namen Reha-Klinik Agethorst [5] im Rahmen eines bundesweiten Modellprogramms 1991 eröffnet. Zum Behandlungsangebot gehören zwei Entzugsabteilungen mit insgesamt 34 Plätzen, jeweils für Erwachsene und Jugendliche (ab 12 Jahren) sowie eine 3-monatige Kurzzeitreha (20 Plätze) mit einem speziellen Angebot für Kokainabhängige. Die Erwartung, dass es gelingen könnte, Drogenentzug statt mit Opiatersatzmitteln nahezu ausschließlich mit Akupunktur durchzuführen, wurde – trotz anfänglicher Skepsis – bei weitem über-

troffen. Die guten Erfahrungen führten zur Gründung der deutschen NADA 1993.

Mittlerweile wurden weit mehr als 18.000 Patienten (2019) auf diese Weise entzogen. Die Zufriedenheit der Patienten und die Haltequote sind kontinuierlich hoch. Nach Eröffnung des medikamentengestützten Entzugs für Jugendliche 1999 wurde auch dort nach und nach Akupunktur als adjuvantes Mittel eingeführt und erfolgreich angewendet.

Der Bericht wurde, was die 2004 getroffene abschließende Einschätzung betrifft, 2019 aktualisiert.

1. Einführung

Die Besonderheiten des Akupunktur-Einsatzes im Erwachsenen-Entzug - Das leicht veränderte NADA-Protokoll

Erste Hinweise über Möglichkeiten in der Behandlung Suchtmittelabhängiger mit Akupunktur erhielten wir über Walter Geiger, einen niedergelassenen Heilpraktiker in Hamburg. Mit ihm gemeinsam entwickelte der Berichterstatter das erste Konzept eines akupunkturgestützten stationären Entzugs für Suchtmittelabhängige,

das in der Fachklinik Bokholt nach wie vor (2019), mittlerweile in modifizierter Form, zur Anwendung kommt. Unterstützung erhielten wir durch die NADA¹, u. a. von Dr. Michael O. Smith (New York) und John Tindall (London), die wir über mehrere Tage bei ihrer Arbeit vor Ort begleiten konnten und die uns in Suchtakupunktur trainierten.

Während in den meisten Entzugskliniken der Bundesrepublik spätestens seit den 80er Jahren Opiatersatzmittel und weitere

Medikamente zur stationären „Entgiftung“ eingesetzt werden, wird in der Entzugsabteilung für Erwachsene in Bokholt lediglich in einigen Fällen zum Benzodiazepin-, Barbiturat- und Alkoholentzug ein Medikament eingesetzt, das relativ schnell „ausgeschlichen“ wird. Zur Krampfprophylaxe und zur Schlafförderung werden spezielle Körperakupunkturpunkte genadelt.² In 5% aller Fälle werden zum Schlafen Medikamente verabreicht.

Zum Entzug aufgenommene

¹ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) mit Sitz in New York. Ihr deutscher Zweig wurde 1993 gegründet (Sitz Hamburg). Das sog. NADA-Protokoll besteht u.a. aus den 5 Ohrpunkten Vegetativum, Shenmen, Niere, Leber, Lunge

² Körperpunkte Le 3, Bl 62, Gb 34, Du20, Shishencong

Drogenabhängige müssen auf alle Substanzen weitgehend verzichten und erhalten vom ersten Tag an lediglich Akupunktur und weitere ergänzende sog. Alternative Behandlungsmethoden, wie Kräuterbäder, Teezubereitungen und Qigong, eingebettet in ein psychotherapeutisches Behandlungsprogramm, das das Ziel

„Drogenfreiheit“ verfolgt.

Auch wenn Akupunktur stoffun- spezifisch wirkt – entzogen wird von allen missbrauchten Stoffen, so von Opiaten, Kokain, Barbituraten, Amphetaminen etc. –, hat die Erfahrung schnell gezeigt, dass zur Bewältigung aller Entzugssymptome, wie sie im stationären Entzug auftreten, die

Anwendung des 5-Ohrpunkte- NADA-Protokolls nicht ausreicht [4]. Während das NADA-Protokoll vor allem eine Yin-stärkende Wirkung erzielt [3], beeinflussen die Körperpunkte im Sinne einer Behandlung des Yang die in jedem Entzug auftretenden vegetativen Symptome wie Übelkeit/Erbrechen,

Auswertung des Abschlussfragebogens im Erwachsenenentzug					
Item/Bewertung N = 82	Stimmt völlig	Stimmt weitgehend	Stimmt teilweise	Stimmt eher nicht	Das Gegenteil ist richtig
Der Einsatz von Mitteln der traditionellen chinesischen Medizin hat mir geholfen.	48	15	9	0	0
Der alternativmedizinische Behandlungsansatz hat mir gefallen.	44	23	8	0	0
Die Wirkung der Akupunktur hat mich überzeugt.	49	16	12	2	0
Ich habe mich ausreichend über die Wirksamkeit von Akupunktur informiert gefühlt.	34	20	14	5	2
Der Entzug verlief besser als ich zu Anfang glaubte.	49	18	5	1	1
Die meisten Entzugssymptome konnten mit Akupunktur behandelt werden.	26	28	13	5	0
Ich halte den Entzug mit Akupunktur für besser als mit Medikamenten.	50	15	10	0	0
Der akupunkturgestützte Entzug verlief schneller als bei anderen Entzügen.	37	17	7	1	0
Die Akupunktur half mir, ruhiger, entspannter und gelassener zu werden.	42	22	14	1	0
Akupunktur hat mir geholfen, meine Gefühle wieder zu spüren.	42	8	18	4	1
Während meines Aufenthaltes habe ich häufig Drogen- gedanken gehabt.	8	6	22	25	15
Ich habe während des Entzugs häufig Drogenhunger verspürt.	6	5	15	24	26
Ich habe häufig Abbruchgedanken gehabt.	3	5	15	20	33
Ich habe das Gefühl, dass das Behandlungsangebot mir geholfen hat, meine innere Balance wiederzuerlan- gen.	23	35	16	3	0
Mein Schlafrhythmus hat sich während meines Aufent- haltes wieder stabilisiert.	38	20	13	5	0
Ich wurde medizinisch in der Klinik gut beraten und behandelt.	44	23	5	0	0

Tabelle 1 | Es wurden alle zurückerhaltenen Fragebögen des 4. Quartals 2003 ausgewertet. Dabei handelt es sich um ca. 60 % der in dieser Zeit behandelten Patienten. Eine besondere Auswahl wurde somit nicht getroffen.

Durchfall, Unruhe und vor allem Schlafprobleme. In einem Entzug, in dem auf Medikamente weitgehend verzichtet wird, würden diese Symptome ohne den Einsatz von Körperakupunktur sehr viel stärker auftreten.

Der Behandlungsprozess unterliegt einer ständigen Überprüfung und wird bei Bedarf sowohl im Einzelfall als auch im Gesamtsetting regelmäßig modifiziert und fortgeschrieben. Zur Überprüfung dient u. a. ein 6-seitiger Abschlussfragebogen, der alle Bereiche – von der telefonischen Anmeldung bis zur Entlassung – abbildet. Bezüglich der Wirkungsweise der Akupunktur wurden folgende Rückmeldungen ausgewertet (s. Tab. 1).

»» Es zeigt sich deutlich, dass Akupunktur, neben der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, Auswirkungen vor allem auf solche Problembereiche hat, die bei der Behandlung Suchtmittelabhängiger grundsätzlicher Natur sind, wie Wiederherstellung des Schlafrhythmus und Reduzierung des „Drogenhungers“ (Craving).

Im Entzug auftretende Beschwerden werden im Rahmen einer täglich morgendlich stattfindenden Gruppenvisite durch eine umfangreiche standardisierte Befragung erhoben. Die anschließend folgende Akupunkturbehandlung in der Gruppe nimmt auf die jeweiligen Beschwerdebilder mit der Nadelung zusätzlicher Akupunkturpunkte direkten Einfluss. Hinsichtlich der Wahl unserer Klinik scheint Akupunktur eine untergeordnete Rolle zu spielen. In der Aufnahmebefragung geben mehr als die Hälfte aller Patienten an, den Entzug eher medikamentös statt mit

Akupunktur durchführen zu wollen, wenn eine Entscheidung hierüber möglich wäre. Während der Behandlung ändert sich diese Einstellung in der Regel.

1.1. Haltequote und Abbruchrate

2015 wurden 454 Patienten entzogen, davon 372 Männer und 82 Frauen.

- » 85% (400 P.) schlossen die Entzugsbehandlung regulär ab
- » 11% (53 P.) brachen die Behandlung vorzeitig ab
- » 0,4% (4 P.) wurden aus disziplinarischen Gründen entlassen

Die Patienten können bis zu 3 Wochen in der Entzugsbehandlung bleiben. Erfahrungsgemäß reicht die Zeit aus, die Patienten gut stabilisiert zu entlassen bzw. in andere ambulante oder stationäre Einrichtungen zu verlegen.

1.2. Der integrative Ansatz

Neben der Akupunktur, die einen hohen Stellenwert in der Klinik genießt, haben weitere Behandlungssegmente deutliche Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis. Innerhalb einer Woche finden 4 psychotherapeutisch geleitete Gruppensitzungen statt. In zusätzlichen Einzelgesprächen werden ansatzweise die individuellen Hintergründe der Suchterkrankung, die Funktion des Suchtmittels und die Entwicklung von Perspektiven erarbeitet. Wenn ein Patient eine Idee hat, weshalb er möglicherweise wieder auf ein Suchtmittel zurückgreift, hat er mehr Möglichkeiten, auf Krisen angemessener zu reagieren. Drogenabhängigkeit wird als eine chronische Erkrankung gesehen, die mit Rückfällen einhergeht, die, wenn sie auftreten, möglichst zügig behandelt werden müssen. Der stationäre Entzug eignet sich in herausragender Weise dazu, „Weichen“ zu stellen und dem Patienten eine

grundlegende Entscheidung abzuverlangen.

Neben Kräuterbädern, diversen Kräuterteezubereitungen und Qigong wird von unseren Patienten allerdings die heilsame und beschützende Atmosphäre in der Abteilung gewürdigt. Ohne das erfahrene, sehr menschlich eingestellte und „haltende“, zudem hervorragend in Akupunktur und Gesprächsführung geschulte Pflegeteam wäre dieses besondere Konzept nicht umsetzbar.

2. Erfahrungen mit Akupunktur im Jugendentzug

2.1 Charakteristika von Sucht bei Jugendlichen

Da immer mehr Jugendliche mit Suchtproblemen auffällig werden, wurden speziell für diese Gruppe von Abhängigen 1999 vom Hamburger Senat und 2004 weitere Plätze von der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung in Bokholt geschaffen (insgesamt 18 Entzugsplätze).

Zum allgemeinen Verständnis erscheint es sinnvoll, eine kurze Beschreibung dieser besonderen Gruppe von Drogenabhängigen voranzustellen:

1. Wir haben es mit Patienten und Patientinnen zu tun, die im Durchschnitt 16 und 17 Jahre alt sind und meist seit dem 11. oder 12. Lebensjahr Drogen konsumiert haben.

2. Überdurchschnittlich häufig haben einige Jugendlichen in der Vorgeschichte Ritalin verschrieben bekommen; die Indikationen bleiben meist unklar und eine Diagnostik, ob ein ADS-Syndrom vorliegt, ist im Entzug in der Regel nicht möglich.

3. Die erste Droge ist fast immer Nikotin.

4. Es gibt verschiedene Patientengruppen:

4.1 eine Gruppe besteht aus den so genannten „Kiffern“, die, wenn sie stark abhängig sind, um 4 Uhr mor-

gens aufwachen, um einen „Bong“ zu rauchen, damit sie überhaupt wieder einschlafen können, oder die den Tag nur beginnen können, wenn sie schon zum Frühstück THC (Tetrahydrocannabinol) rauchen. Der Tageskonsum liegt dann häufig schon bei 3–5 g und mehr. Diese Patienten haben entweder selbst bemerkt, dass sie sich in ihren kognitiven Leistungen stark verschlechtert haben, oder sie haben das so genannte amotivale Syndrom und können gar nichts mehr in ihrem Leben planen. Sie haben Schule und/oder Lehre vorzeitig beendet bzw. beenden müssen, sie kommen auf Druck der Eltern, der Jugendwohnungen oder auch durch gerichtliche Auflagen, weil sie sich im Rahmen des BTM-Gesetzes oder durch folgenreiche aggressive Impulsdurchbrüche strafbar gemacht haben. Einige aus dieser Gruppe haben zusätzlich, meist nach 2 Jahren THC-Konsums, begonnen, Ecstasy, Speed und/ oder Kokain zu nehmen, damit sie überhaupt noch genügend Antrieb haben, Dinge zu bewerkstelligen.

4.2 Eine andere Gruppe hat in frühester Jugend angefangen zu schnüffeln und nimmt alles ein, was „knallt“. Alkohol, THC, Ecstasy, Speed, LSD, Kokain oder auch Crack und vereinzelt auch Heroin. Drogenabhängige Jugendliche neigen zu einem polytoxikomanen Gebrauchsmuster. Insgesamt konsumieren ca. 4–5 % unserer Patienten Heroin. Einige davon haben sich bereits mit Hepatitis C infiziert.

4.3 Viele Jugendliche haben auch schon verschiedene Pilze, Stechapfel oder Engelstropfen probiert und gehen recht unkritisch mit den Gefahren dieser hochgiftigen, schwer zu dosierenden Pflanzen aus unseren Vorgärten um.

5. Nicht selten finden wir bei unseren Patienten seelische Störungen, wie Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Störungen der Emotion und des Sozialverhaltens bis hin zu

schweren Entwicklungsstörungen oder auch Psychosen.

6. In der Familienanamnese tradiert sich die Suchtstruktur häufig durch die Generationen.

2.2 Zur Einstellung und Motivation Jugendlicher

Während die Erwachsenen meist wissen, was mit dem Entzug für sie verbunden ist und deshalb auch mit besonderen Erwartungen zu uns kommen, bringen unsere jungen Patienten diese in der Regel nicht mit. Fast alle Jugendlichen kommen fremdmotiviert; Eltern, Lehrer und oft auch schon die Justiz machen Druck. Manchmal wollen Eltern oder Erzieher auch nur mal „ihre Ruhe“ vor den anstrengenden jungen Konsumenten haben. Solche Affekte werden von den Jugendlichen nahezu „seismographisch“ aufgenommen und bedienen so geradezu den Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt, in dem viele Pubertierende gefangen sind und machen es ihnen leicht, in Abwehr und Verweigerung zu bleiben.

Das bedeutet, dass unser Hauptauftrag neben der körperlichen Entgiftung und der psychischen Stabilisierung die Schaffung erster Ansätze eigener Motivation für ein drogenfreies Leben ist, denn die Jugendlichen haben über den Drogenkonsum oft erstmals die Geborgenheit in ihrer Peergroup erfahren. Andererseits überwiegt noch oft die Vorstellung der „angenehmen“ Wirkung des Suchtmittels, deren schädliche Folgen schnell der Vergessenheit anheimfallen oder bagatellisiert werden.

Die Gefahr der eigenen Überschätzung ist bei Jugendlichen noch größer als bei erwachsenen Patienten. Im stationären Alltag fallen einige Patienten durch Verhaltensweisen auf, die von der übrigen Gruppe und auch vom Mitarbeiterteam schwer zu tolerieren sind. Sie verfügen über geringe Frustrationstoleranz, ein

mangelndes Werteverständnis und können, als Folge davon, Ruhe nur schwer aushalten.

2.3 Akupunktur als Regelbehandlung

Nach der Eröffnung der Abteilung herrschte lange Zeit Unklarheit, ob Jugendliche mit dem beschriebenen Störungspotential überhaupt zu bewegen sind, sich mit Akupunktur behandeln zu lassen, gar von ihr zu profitieren. Aus unterschiedlichen Gründen wurde zunächst auf den Einsatz von Akupunktur verzichtet und medikamentöse Angebote gemacht. Die wenigen heroinabhängigen Patienten erhielten Methadon, was übrigens keine Auswirkung auf die ohne Substitut entzogenen Patienten im benachbarten Erwachsenenentzug hatte.

Erste ernst zu nehmende Ansätze, im Entzug auch Akupunktur einzusetzen, gab es Mitte 2002, als ein personeller Wechsel auch eine Veränderung des Konzepts nach sich zog. Die Überlegung, der Akupunktur zukünftig ein größeres Gewicht beizumessen, hatte mit der Erwartung zu tun, den Jugendlichen etwas anzubieten, was ihnen mehr innere Ruhe, Entspannung und Ausgeglichenheit verschaffen und das zum Teil hohe Aggressionspotenzial bei einigen Patienten reduzieren sollte.

In der Folge wurden alle Mitarbeiter in Akupunktur geschult und mit den wichtigsten Basics des NADA-Settings vertraut gemacht. Die anfängliche Praxis, die Jugendlichen mit den Erwachsenen gemeinsam zu nadeln, wurde bald fallengelassen, weil die Jugendlichen die „bedrohlich“ ruhige Atmosphäre nicht aushalten konnten. Den Erwachsenen wurde abverlangt, dass sie Ruhe halten müssen, und sie gaben dieses verinnerlichte Postulat an die Jugendlichen weiter, die sich allerdings nicht daran hielten. Ebenfalls der Wunsch des Mitarbeiterteams, auch im Jugendentzug die Teilnahme an der

Akupunkturgruppe zur Pflicht zu machen, wurde später fallengelassen, weil das Störpotential der weniger an Akupunktur interessierten als zu heftig erlebt wurde. Grundsätzlich galt: Wer nicht akupunktiert werden will, muss zumindest nach der Aufnahme einmal an der Akupunkturgruppe teilnehmen, um das Setting kennenzulernen und ggf. zu entscheiden, die Behandlung weiter in Anspruch zu nehmen.

Während die Umsetzung des NADA-Protokolls aufgrund der von den Patienten rückgemeldeten Schmerzhaftigkeit eine hohe Herausforderung für die Mitarbeiter bedeutet, war die Nadelung des „Schlafkranzes“ (Körperpunkte Du20 und Shishencong auf dem Schädeldach) problemlos. Er wird regelmäßig von

vielen Patienten eingefordert und als wirksam beschrieben.

Eine hilfreiche Ergänzung war die Einführung der Magnetkugeln zur Behandlung auf dem Retro-Shenmen, die von den Patienten als beruhigend erlebt wurden und die schmerzfrei eingesetzt werden konnten. Zudem haben die Patienten offenbar das Gefühl, mehr Kontrolle bei dieser Behandlung zu behalten. Im Gegensatz zur Behandlung mit Seeds werden die Kugeln ohne Stimulation am Ohr belassen.

2.4 Ergebnisse unserer Therapie

Eine Befragung (Tab. 2), die wir an 81 Jugendlichen von März bis Juni 2003 durchgeführt haben, zeigt ein

sehr unterschiedliches Bild, wie die Akupunktur von Jugendlichen wahrgenommen wird. Die Befragung fand in einer Phase statt, in der das Mitarbeiterteam die Akupunkturgruppe zur Pflichtveranstaltung erklärt hatte, auch wenn nicht jeder teilnehmende Patient die Akupunktur annehmen musste. Es gab auch das Angebot, weniger als 5 bzw. 10 Punkte genadelt zu bekommen.

Entgegen unserer Erwartung zeichnet sich in den Ergebnissen der Auswertung ab, dass die Jugendlichen bereit sind, das Behandlungsangebot anzunehmen und durchzuhalten sowie klare Aussagen zu den Wirkungen auf sie zu machen. Auffällig ist auch, dass diejenigen, die „Skepsis“ angekreuzt haben, trotzdem weiter an der Akupunktur teilgenommen

Auswertung des Abschlussfragebogens im Jugendentzug					
Item/Bewertung N = 82	Stimmt völlig	Stimmt weitgehend	Stimmt teilweise	Stimmt eher nicht	Das Gegenteil ist richtig
Es hat mich völlig überrascht, dass in Bokholt mit Akupunktur behandelt wird.	16	6	11	9	38
Wenn ich vorher gewusst hätte, was Akupunktur alles bewirkt, hätte ich mich früher drauf eingelassen.	18	16	24	9	10
Ich weiß inzwischen, was man mit Akupunktur alles erreichen kann.	33	21	16	8	4
Die Akupunktur hat mir geholfen, ruhiger zu werden.	19	22	21	9	3
Ich glaube, die Akupunktur hat mir geholfen, wieder mehr Gefühle zu spüren.	10	9	29	17	7
Ich habe den Eindruck, dass Akupunktur bei mir etwas Positives ausgelöst hat.	17	17	20	13	6
Ich halte den Entzug mit Akupunktur für besser als mit Medikamenten.	34	12	14	5	8
Ich habe regelmäßig an der Akupunktur teilgenommen.	19	14	20	10	7
Die Behandlungszeit war mir manchmal zu lang.	6	7	20	18	26
Ich bin gegenüber der Akupunktur nach wie vor eher skeptisch. Ich glaube nicht, dass sie bei mir etwas bewirkt.	10	4	18	14	35
Ich habe Interesse, weiter an der Akupunktur teilzunehmen.	34	11	15	6	4

Tabelle 2 | Der Fragebogen wurde den Jugendlichen zum Abschluss der Entzugsbehandlung übergeben und kurz vor der Entlassung wieder eingefordert.

haben.

Die Pflichtteilnahme bewährte sich nicht, weil die geringe Motivation einiger Patienten zur Akupunktur dazu führte, dass die Gruppe häufig gestört wurde und damit auch die Bereitschaft der Mitarbeiter nachließ, dieses Behandlungsangebot ausreichend genug zu bewerben. Auch wenn einige Patienten die Behandlung mit Akupunktur durchaus hilfreich und sicherlich auch als besondere Form der Zuwendung erlebt haben, war doch die Rückmeldung von der Mehrzahl der Patienten eher ernüchternd.

So wurde das Setting in den Folgejahren modifiziert, die Teilnahme auf „freiwillig“ umgestellt und der Behandlungszeitraum auf 20 Min. pro Sitzung verkürzt. 30-45 Min., wie von der NADA empfohlen, erschienen als zu lang; nur wenige Patienten konnten genügend Disziplin oder Entspannungsfähigkeit herstellen, um davon zu profitieren.

Die Umstellung hatte mehrere Vorteile:

- » die teilnehmenden Patienten hielten diesen Zeitraum in der Regel durch und die Patienten und Mitarbeiter konnten das Ergebnis als Erfolg verbuchen
- » da eine Teilnahme bzw. Beaufsichtigung einer Gruppe mit Jugendlichen obligatorisch ist, konnten die knappen personellen Ressourcen besser genutzt werden

Die Größe der Gruppe wechselt zwischen 3 und 8 Teilnehmern, ein kontinuierliches Gruppenangebot ist nicht umsetzbar, da aus dem spezifischen Angebot einer 1-3 Wochen dauernden Entzugsbehandlung eine hohe Fluktuation der Patientengruppe folgt.

3. Ziele des Akupunkturesatzes in der Suchtbehandlung

Im stationären Entzug spielt Akupunktur eine herausragende Rolle, weil sie dazu beiträgt,

- » von allen Suchtstoffen zu entziehen. Gerade in Hinblick auf Crack, Kokain und THC, womit immer mehr Jugendliche Probleme haben und wo keine Medikamente oder Substitute zur Verfügung stehen, ist dies von besonderer Wichtigkeit das im Entzug grundsätzlich schwer zu behandelnde Schlafbedürfnis zu fördern
- » den Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen und zu stabilisieren mit der Folge geistigen und körperlichen Wohlbefindens
- » Spitzenaffekte mit der Konsequenz, dass destruktive Affekte lediglich in abgeschwächter Form zutage treten, während „verschüttete“ Gefühle deutlich zum Vorschein kommen
- » den Serotonin- und Endorphinspiegel zu regulieren [1]
- » den Suchtdruck deutlich zu reduzieren und damit das Durchhalten im Entzug fördert.

Ein wichtiges Ziel ist erreicht, wenn Patienten eine Entzugserfahrung gemacht haben, die sie dazu animiert, sich z. B. nach einem Rückfall rechtzeitig Hilfe zu holen. Patienten, die dazu in der Lage und motiviert sind, haben eine grundsätzlich günstige Prognose (und verursachen langfristig weniger Kosten ...). Von besonderer Bedeutung ist die ambulante „Nachsorge“ auch nach einer Entzugsbehandlung. Patienten, die erkannt haben, dass neben der psychosozialen oder psychotherapeutischen Begleitung, die der Stabilisierung ihres sozialen, beruflichen und seelischen Gleichgewichts dient, Akupunktur eine wesentliche Rolle spielen kann, um Suchtdruck und damit Rückfall möglicherweise zu vermeiden, werden Chancen wittern und Hoffnung auf Stabilität und Ab-

stinenz aufbauen können.

4. Weiterbehandlung in Einrichtungen des Trägers

Träger der Fachklinik Bokholt ist der in Hamburg ansässige Verein Therapiehilfe e. V., der in Hamburg, Schleswig-Holstein und Bremen zahlreiche Einrichtungen der Sucht- und Familienhilfe vorhält und ca. 500 Mitarbeiter beschäftigt. Der Träger zeichnet sich durch seine Vielfalt an niedrig- und hochschwelligem Hilfs- und Behandlungsangeboten aus, wie Beratungsstellen, mehreren Drogenlangzeit-, Kurzzeit-, Nachsorge- und ambulanten Therapieeinrichtungen, die komplementär und in sinnvoller Weise vernetzt ineinandergreifen. Seit Jahren ist es konzeptioneller Anspruch, die Suchtakupunktur möglichst in allen Einrichtungen des Trägers anzubieten. Dieser Stand ist weitgehend erreicht. Mittlerweile bietet nahezu jede ambulante Einrichtung in Hamburg, die Suchtmittelabhängige behandelt, das NADA-Protokoll kostenlos an.

So wird aus den ambulanten Einrichtungen berichtet, dass sowohl Jugendliche als auch Erwachsene, vor allem wenn sie in Bokholt einen Entzug (oder eine Kurzzeitreha) durchgeführt haben, weiterhin mit Akupunktur behandelt werden wollen. Im Seehaus, einer ambulanten Einrichtung in Hamburg, wird täglich nach dem NADA-Protokoll akupunktiert. Die Kollegen aus diesen Einrichtungen berichten, dass die Patienten sich durch das Akupunkturangebot „besser versorgt“ (als „nur“ durch Gespräche) fühlten, womit auch eine hohe Bindefähigkeit und Haltekraft verbunden scheint. Akupunktur unterstütze den Aufbau einer „positiven Übertragung“ zwischen Patienten und Therapeuten und fördere den therapeutischen Prozess. Beobachtet wird auch, dass Patienten, die Probleme hatten, ihre Gefühle in Sprache zu fassen, von der Akupunktur profitierten. Eine große Anzahl von Patienten kommt über längere Zeiträume regelmäßig

und nutzt die Behandlung auch zur Alltagsstrukturierung. Der Extremfall sei ein Patient gewesen, der über ca. ein halbes Jahr täglich die Behandlung mitmachte und in dieser Zeit auch rückfallfrei blieb.

Es scheint wichtig, dass Patienten vor allem dann vom Akupunkturangebot Gebrauch machen, wenn die dort tätigen Mitarbeiter von der Methode überzeugt sind.

»»» Fazit

Der Einsatz der Akupunkturtherapie in der Fachklinik Bokholt hat sich – seit Einführung der Methode mit der Eröffnung im Jahre 1991 – bei erwachsenen Suchtmittelabhängigen deutlich bewährt und zu einem nachhaltig guten Ruf der Einrichtung in der „Szene“ beigetragen. Die Patienten kommen gern in die Klinik, obwohl allgemein bekannt ist, dass Nadeln statt Medikamente eingesetzt werden. Bei jugendlichen Suchtmittelabhängigen, wo auch die Möglichkeit eines „weichen“ methadongestützten Entzugs besteht, hat sich eine Form des Akupunktureinsatzes zwar etabliert, wenn auch in einem modifizierten „abgespecktem“ Rahmen. Während die Akupunkturbehandlung bei den Erwachsenen zum Pflichtprogramm gehört, wird bei den Jugendlichen auf Freiwilligkeit gesetzt. Dadurch ist die Größe der Teilnehmergruppe von täglich wechselnden Variablen geprägt. Dennoch hat die NADA-Akupunktur im Jugendentzug über die vielen Jahre einen relativ hohen Stellenwert behalten.

Literatur

1. Brewington V, Smith M, Lipton D. *Acupuncture as a Detoxification Treatment – An Analysis of Controlled Research. Journal of Substance Abuse Treatment.* 1994. Als Übersetzung in: Baudis R, ed. *Punkte der Wandlung.* Rudersberg; Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999: 98-119

2. Geiger W, Weidig W. *Heroinentzug mit Akupunktur.* In: DAO. *Magazin fernöstlicher Lebenskunst*; 1992, 2: 32-35

3. Raben R. *Akupunktur nach dem NADA-Protokoll – Eine Übersicht zur Suchttherapie.* In: *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2004; 47,2: 35-40

4. Strauß K, Weidig W, eds. *Akupunktur in der Suchtmedizin.* 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Hippokrates; 1997: 14-57

5. Weidig W. *Die Reha-Klinik Agethorst: Ein Modell für stationären Drogenentzug mit Akupunktur.* *Dt. Ztschr. f. Akup.* 1998; 41,2: 43-46

Autor + Korrespondenzadresse



Wolfgang Weidig,

Dipl. Sozialpädagoge und Sozialtherapeut (psychoanalyt. orientiert), hat 1991 die Fachklinik Bokholt mitgegründet und war dort bis 2016 als stellvertretender Klinikleiter tätig. Er ist ebenfalls Gründungsmitglied, Vorstandsmitglied und Trainer der deutschen Sektion der in Hamburg ansässigen NADA.

Am Knappenberg 8
D-25774 Krempel/Dithm

wweidig@nada-akupunktur.de

www.wolfgangweidig.de
forum.wolfgangweidig.de

Tel.: +49 (0) 4882 59142
Mobil +49 (0) 172 9268 713

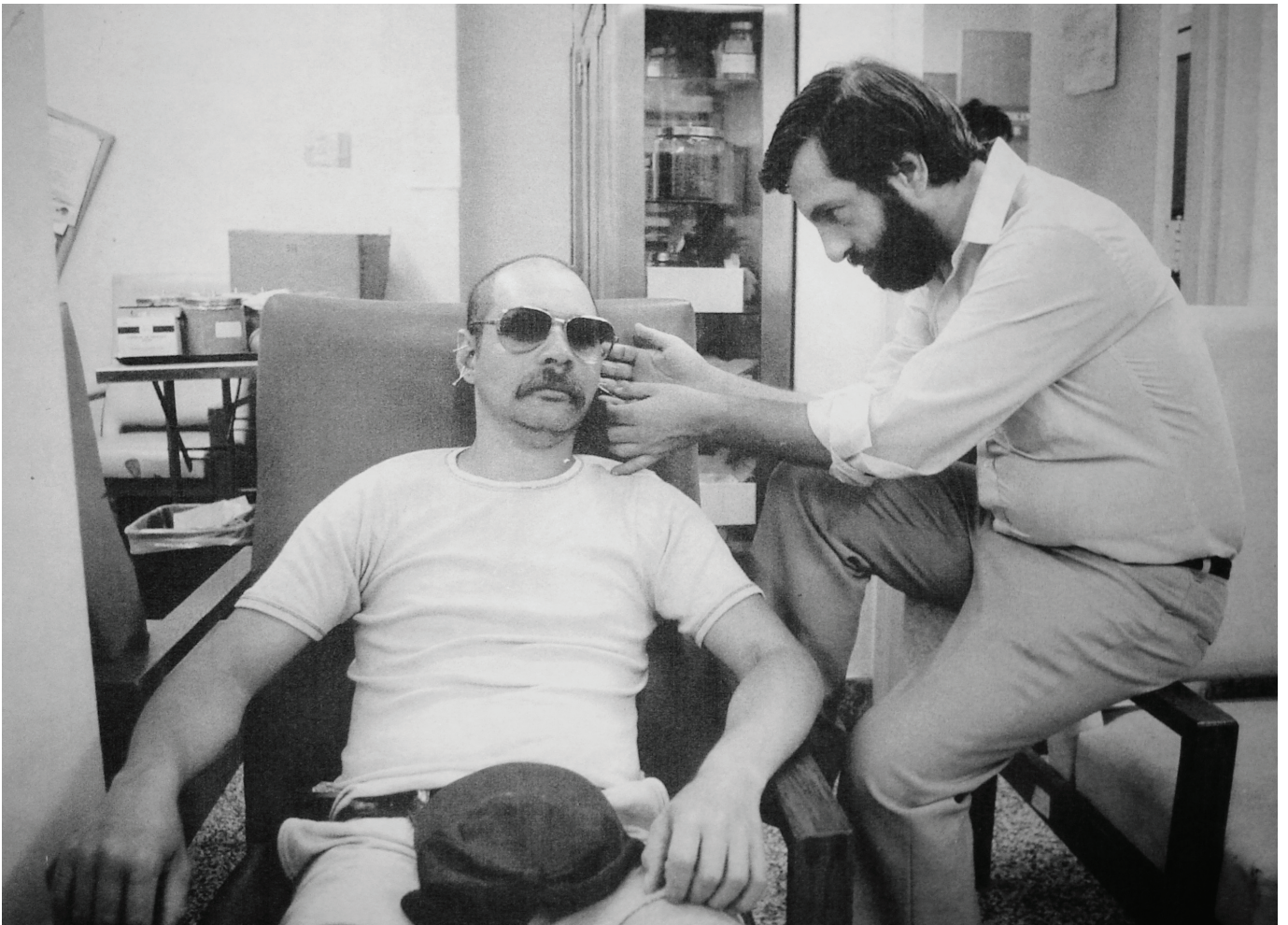


Abb.: Michael Smith, der Gründungsvater der NADA, in den Anfangsjahren des NADA-Protokolls (80-er Jahre)

Nachdruck des Abstracts der Studie

The American Journal on Addictions, 25: 592–602, 2016

DOI: 10.1111/ajad.12453

Tanya E. Baker, MSN, PMHNP-BC,¹ Grace Chang, MD, MPH^{1,2}

¹Veterans Affairs Boston Healthcare System, Department of Psychiatry, Brockton, Massachusetts

²Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

The Use of Auricular Acupuncture in Opioid Use Disorder

- A Systematic Literature Review

Abstract

Background and Objectives: Opioid use disorder (OUD) is a chronic disease with significant personal, societal, and public health consequences. Even for the minority who receive the most effective evidence-based treatments, morbidity, and mortality remain significant.

These facts, along with the recovery movement calling for individualized, holistic, culturally sensitive care, have led to the exploration of adjunctive interventions including acupuncture.

Despite hundreds of international trials, however, there is a lack of consensus regarding its efficacy in OUD due in large part to methodological issues of trials to date. In response to these issues, the National Acup-

uncture Detoxification Association (NADA) developed an operationalized manual auricular acupuncture protocol that has since become the most widely used in the US. This systematic review is the first to focus explicitly on randomized trials utilizing the NADA protocol as a complementary intervention to address OUD.

Methods: The methods utilized to identify studies for inclusion are based on a 2009 protocol developed by the Cochrane Collaboration.

Results: Four trials met inclusion criteria. Despite methodological issues, results indicate that while the NADA protocol may not be effective

in reducing acute opiate craving or withdrawal, it may be effectively utilized as an adjunctive treatment to increase treatment retention and decrease methadone detoxification and maintenance dosages in OUD.

Conclusion and Scientific Significance: Incorporation of the NADA protocol into existing evidence-based treatment approaches may facilitate recovery and, through its impact on treatment retention and completion, indirectly impact morbidity, and mortality in individuals with OUD. Given the limitations of the current review, conclusions are tentative and directions for future research are discussed.

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele: Die Opioid Use Disorder (OUD; in den letzten Jahren als großes gesellschaftliches Phänomen bekannt geworden als opioid epidemic bzw. opioid crisis, im großen Ausmaß herbeigeführt durch ärztliche Opioid-Verschreibungen; Anm. d. Ü.] ist eine chronische

Krankheit mit erheblichen Folgen für die persönliche, gesellschaftliche und öffentliche Gesundheit. Auch für die Minderheit der Betroffenen, die die effektivsten evidenzbasierten Therapien erhalten, bleiben Morbidität und Mortalität signifikant.

Diese Tatsachen, gemeinsam mit

der Bewegung zur Wiedereingliederung abhängiger Menschen, die eine individualisierte, ganzheitliche, kulturell sensible Fürsorge fordert, haben zur Erforschung komplementärer Methoden einschließlich der Akupunktur geführt.

Trotz hunderter internationaler

Studien besteht jedoch noch kein Konsens über die Wirksamkeit dieser Methoden in der Therapie der OUD – zu einem großen Teil aufgrund methodischer Fragen. Als Antwort auf diese Problematik hat die National Acupuncture Detoxification Association (NADA) ein standardisiertes Protokoll für eine manuelle Ohrakupunktur entwickelt, das seitdem zu dem am weitesten verbreiteten komplementären Ansatz in den USA geworden ist.

Diese systematische Review ist die erste ihrer Art, die sich explizit auf randomisierte Studien stützt, bei denen das NADA-Protokoll als ergänzende Intervention zur Behandlung von OUD verwendet wird.

Methoden: Die Methoden zur Identifizierung einzuschließender Studien basieren auf dem 2009 von der Cochrane Collaboration entwickelten Protokoll.

Ergebnisse: Vier Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Trotz methodischer Probleme zeigen die Ergebnisse, auch wenn das NADA-Protokoll möglicherweise nicht

wirksam ist, akutes Opiatverlangen (craving) zu reduzieren oder gar zu einem Entzug zu führen, kann es dennoch effektiv als eine zusätzliche Therapie eingesetzt werden, um die Haltequote zu erhöhen, die Notwendigkeit der Methadonentgiftung zu verringern und insgesamt zu einer Verringerung der Therapeutika bei der Behandlung der OUD zu führen.

Schlussfolgerung und wissenschaftliche Bedeutung: Die Inkorporation des NADA Protokolls in bestehende evidenzbasierte Behandlungsansätze kann die Genesung und die Wiedereingliederung abhängiger Menschen erleichtern und – durch seine Auswirkungen auf die Haltequote und Abschluss der Behandlung – indirekt Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität bei Individuen mit OUD zeitigen.

Angesichts der Einschränkungen der aktuellen Review sind unsere Schlussfolgerungen vorläufig. Parameter für zukünftige Forschung werden besprochen.

Leicht veränderter Nachdruck der Studienbesprechung aus
Deutsche Zeitschrift für Akupunktur 2004;472:50-51
Die Originalstudie liegt open access (kostenfrei) vor:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447300/>
doi: 10.2105/ajph.92.10.1642

J. D. Bier, J. Wilson, P. Studt, M. Shakleton

Auricular Acupuncture, Education, and Smoking Cessation

- A Randomized, Sham-Controlled Trial

American Journal of Public Health. 2002; 92(10): 1642-1647

- Studienbesprechung

Abstract

Objectives: This study examined the effect of acupuncture alone and in combination with education on smoking cessation and cigarette consumption.

Methods: We prospectively studied 141 adults in a quasi-factorial design using acupuncture, sham acupuncture, and education.

Results: All groups showed signi-

ficant reductions in smoking and posttreatment cigarette consumption, with the combined acupuncture-education group showing the greatest effect from treatment. The trend continued in follow-up; however, significant differences were not maintained. Greater pack-year history (i.e. the number of years smoking multiplied by baseline number of cigarettes smoked per year, divided by 20 cigarettes per pack) ne-

gatively correlated with treatment effect. Trend analysis suggested 20 pack-years as the cutoff point for this correlation.

Conclusions: Acupuncture and education, alone and in combination, significantly reduced smoking; however, combined they showed a significantly greater effect, as seen in subjects with a greater pack-year history.

Zusammenfassung

Zielsetzung: Diese Studie untersuchte die Wirkung von Akupunktur allein sowie von Akupunktur in Kombination mit einem Aufklärungsprogramm mit dem Ziel von Nikotin-Freiheit bzw. Einschränkung des Nikotinverbrauchs.

Methoden: In dieser prospektiven Studie untersuchten wir 141 Erwachsene in einem quasi-faktoriellen Design (keine Randomisierung) unter Einschluss von Akupunktur, Scheinakupunktur und einem Aufklärungs/Edukationsprogramm.

Ergebnisse: Alle Gruppen zeigten eine signifikante Reduktion des Nikotinkonsums sowie der Lang-Zeit-Betrachtung. Die kombinierte Akupunktur-Aufklärungsgruppe zeigte den größten Effekt.

Der Trend setzte sich im Follow-up fort; allerdings blieben die signifikante Unterschiede nicht aufrecht. Probanden mit einer größeren Pack/Jahr-Historie (d.h.: Die Anzahl der Raucherjahre multipliziert mit der baseline der pro Jahr gerauchten Zigaretten, geteilt durch 20 Zigaretten pro Packung) korrelierte negativ mit

dem Behandlungseffekt (je höher die Pack/Jahr-Historie desto stärker der Effekt des Nikotin-Stopps bzw. der Nikotin-Reduktion). Die Trendanalyse zielt auf 20 Packjahre als Grenzwert (cutoff point) für diese Korrelation.

Schlussfolgerungen: Akupunktur und ein Aufklärungsprogramm, beide allein sowie gemeinsam, zeigten eine signifikante Reduktion des Nikotin-gebrauchs. Der größte Effekt wurde durch die Kombination erreicht, vor allem bei Probanden mit einer höheren Pack/Jahr-Historie.

Kommentar

Adrian White und Mitarbeiter stellten 1999 in ihrer Metaanalyse (Cochrane Review) zum Thema Verzicht auf Nikotinkonsum mittels Akupunktur fest, dass die Qualität der meisten Studien sehr zu wünschen übrig ließ [1]. Nun liegt mit dieser Studie von Jan D. Bier und Mitarbeitern (Kooperation zweier Forschungszentren mit der Arizona State University, USA) ein hochwertiges Ergebnis vor, durchgeführt von gut ausgebildeten Akupunkteuren, das all die Forderungen der Cochrane Review erfüllt. Untersucht wurde der Effekt von (1) Akupunktur, (2) Akupunktur kombiniert mit einem Anti-Nikotin-Edukationsprogramm und (3) Sham-Akupunktur mit Anti-Nikotin-Edukationsprogramm. Eine mögliche 4. Variante Sham-Akupunktur ohne Anti-Nikotin-Edukationsprogramm wurde aus ethischen Gründen nicht durchgeführt: Bei Abhängigkeitspatienten kann sich ein (erwarteter) Fehlschlag als sehr folgenschwer erweisen – der Betroffene gibt auf –, während bei anderen Krankheiten die erfolgreiche Therapievariante ohne größere Schwierigkeiten nachgeholt werden kann.

Die Hauptzielparameter der Studie waren: Vollständiger Stopp des Nikotinkonsums sowie Reduktion des Nikotinkonsums. Follow-ups wurden nach 1,3, 6, 12, 15 und 18 Monaten durchgeführt. Weitere untersuchte Variablen (Craving nach Nikotin, Depression, Angst (anxiety), Dropout Rate, Alter, Umfang des vorherigen Nikotinkonsums, Geschlecht, Responder/Non-Responder, Nebenwirkungen der Akupunktur-Therapie u.a. dienen weitgehend der Absicherung der Ergebnisse.

Genadelt wurde das bekannte NADA-Schema plus Di 4 (ein Körper-Akupunkturpunkt der Hand): 20 Sitzungen, 5x/Woche, jeweils

beidseits. Des Edukationsprogramm wurde während 5 Wochen insgesamt 7 Mal durchgeführt und dauerte jeweils 1.5 Stunden. Sham-Akupunktur bestand aus Ohrakupunktur-Punkten, die ca. 5 mm von den wirksamen Punkten entfernt lagen.

Alle drei Studienarme zeigten signifikante Erfolge, sowohl beim vollständigen Stopp als auch bei der Reduktion des Nikotinkonsums. Direkt nach dem Ende der 5-wöchigen Therapie hatten aufgehört zu rauchen: 40% der Gruppe (2) Akupunktur und Edukationsprogramm, 22% der Gruppe (3) Sham-Akupunktur und Edukationsprogramm, lediglich 10% der Akupunkturgruppe (1) ohne Edukationsprogramm. Unter der Annahme, dass Sham-Akupunktur keine Wirksamkeit besitzt, zeigte sich Akupunktur allein nur halb so erfolgreich wie das Edukationsprogramm, verdoppelte aber in Kombination mit demselben den Edukationseffekt. Am erstaunlichsten war, dass in dieser Gruppe (2) auch im Follow-up von 18 Monaten nach Therapie niemand das Rauchen wieder aufgenommen hatte.

Die Reduktion des Nikotinkonsums zeigte das gleiche prinzipielle Schema: das beste Ergebnis brachte die Kombination von Akupunktur und Edukationsprogramm. Überraschend war hier, dass die Patienten mit dem höchsten Nikotinkonsum (gemessen nach pack-year), statistisch signifikant besser abschnitten als die mit geringerem pack-year-Wert.

Dieses Ergebnis ist gesundheitspolitisch außerordentlich interessant: Die Raucher-Population mit dem höchsten Suchtpotential und der höchsten Gesundheitsgefährdung reagierte am besten auf die Kombination Akupunktur-Edukationsprogramm.

Die Autoren schlussfolgern, dass viele vorangegangene Studien dieses Ergebnis deswegen nicht d.h., unter einem Pack/Jahr-Wert von 20, also in einem Bereich, der nicht so gute Effekte zeigt.

»»» Fazit

Eine saubere Studie und ein klarer Appell an den integrativen Einsatz der Akupunktur. Und last not least signifikante Unterschiede zwischen Akupunktur und Sham-Akupunktur.

DDr. Thomas Ots

Literatur

White AR, Rempes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review).

Cochrane Database Syst Rev 2000.CD000009

Leicht veränderter und gekürzter Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2007;50,2:10-13 Es
handelt sich um den 1. Artikel zu NADA in Österreich

K. Payer, T. Ots, G. Marktl, F. Pfeifer, M. Lehofer

PatientInnenzufriedenheit mit der NADA- Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station - Eine Anwendungsbeobachtung

Schlüsselwörter

Ohrakupunktur, NADA-Protokoll, Psychiatrie, Depression, Angststörung

Zusammenfassung

Hintergrund: Im Juni 2006 war auf der Station für „Integrative Psychiatrie“ der Landesnervenklinik Sigmund Freud, Lehrkrankenhaus der Med-Uni Graz, die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll als weiteres freiwilliges Therapieangebot eingeführt worden.

Zielsetzung: Auf Wunsch der Krankenhausleitung sollte Nutzung und Effizienz dieses Angebots in einer Anwendungsbeobachtung untersucht werden.

Methodik: Im Untersuchungszeitraum von sechs Wochen wurde die Nutzung des NADA-Angebots durch die Patienten erhoben. Verschiedene Befindlichkeits-

parameter wurden mittels VAS als Vorher-Nachher-Testung untersucht. Die Daten wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben berechnet.

Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum nutzten 62 % der Patienten dieses freiwillige Angebot. Die Befindlichkeitsparameter zeigten im Vorher-Nachher-Vergleich eine signifikante Verbesserung.

Schlussfolgerung: Die Untersuchung zeigt eine hohe Akzeptanz und den gesundheitlichen Nutzen des NADA-Protokolls bei psychiatrischen Patienten.

1. Einleitung

Im Jahre 2000 war das therapeutische Angebot auf der psychiatrischen Station Ps 15 („Station für Integrative Psychiatrie“, ehemals B1), Primariat M. Lehofer, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, um die Jungesche Bädertherapie, Homöopathie und Körperakupunktur erweitert worden [17]. Die PatientInnen dieser Station leiden überwiegend an Depressionen, Angst-Störungen, zu einem geringen Teil an Ess-Störungen. Im Jahr 2005 nahmen zwei Ärzte der Station sowie der Konsiliararzt für Akupunktur an der Dürener Arbeitstagung „Akupunktur und Psy-

chiatric“, die gemeinsam von NADA, DÄGfA und den Rheinischen Kliniken Düren organisiert worden war, teil. Als Folge der Kongresserfahrungen und durch Genehmigung der Ärztlichen und Krankenhausleitung sowie finanzieller Förderung des Krankenhausträgers wurden zwischen April und Juni 2006 20 Pflegekräfte und ÄrztInnen im NADA-Protokoll geschult. Unmittelbar nach Abschluss des ersten Schulungswochenendes wurde im Mai 2006 die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll pilotmäßig als routinemäßig ablaufende Gruppen-

behandlung für alle Diagnosegruppen (auf freiwilliger Basis) eingeführt.

1.1 Das NADA-Protokoll

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll (National Acupuncture Detoxification Association) ist eine Sucht-Detoxifikations-Methode, die am städtischen Lincoln Hospital in Bronx/New York entwickelt wurde und die sich außer in den USA bereits in mehreren europäischen Ländern durchgesetzt hat. So wenden in Großbritannien, den skandinavischen Ländern, Italien und Deutsch-

land bereits viele Tageskliniken, Ambulanzen, Praxen, Beratungsstellen, Reha- Kliniken und Krankenhäuser diese Methode an. Das NADA-Protokoll für die Therapie der Sucht ist gut beschrieben [1–8, 12, 18, 20–23, 25, 27]. Frühe Übersichten, auch über den deutschsprachigen Raum, finden sich in [2, 25].

In den letzten zehn Jahren wurde das NADA-Protokoll auch zunehmend zur begleitenden Therapie psychiatrischer Patienten eingesetzt. Auch diese Erfahrung ging vom Lincoln Hospital aus [24]. Die bisherigen Erfahrungsberichte legen nahe, dass NADA-Akupunktur bei nicht-abhängigen psychiatrischen PatientInnen auf die inneren Selbstheilungskräfte einwirkt und Störungen im Wohlbefinden reguliert: Sie wirkt entspannend bei übermäßiger Anspannung, fördert Wachheit und Konzentration bei Erschöpfung und dauernder Müdigkeit, verbessert den Nachtschlaf bei Schlafstörungen [9–11, 13–17, 19, 24, 26].

1.2 Information im Regelbetrieb der „Station für Integrative Psychiatrie“

PatientInnen erhalten bei Aufnahme auf die Station ein Informationsblatt über die NADA-Entspannungstherapie. Der behandelnde Arzt informiert zusätzlich mündlich über diese Therapiemöglichkeit. PatientInnen entscheiden sich freiwillig zur Teilnahme. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit für PatientInnen zu „schnuppern“, in dem sie an einer NADA-Entspannungssitzung teilnehmen, ohne sich akupunktieren zu lassen. Alle PatientInnen unterschreiben vor der ersten Teilnahme eine Einverständniserklärung.

1.3 Eckdaten des Therapieangebotes im Regelbetrieb

- » Zweimal wöchentlich wird in demselben Raum und zur selben Zeit über eine Stunde lang das

NADA-Protokoll angeboten.

- » Die Atmosphäre bei der Akupunktur ist wenig verbal, nonkonfrontativ.
- » Patienten desinfizieren sich die Ohren, nehmen Platz und geben durch ein Handzeichen zu erkennen, dass sie die Akupunktur wünschen.
- » Die Ohrakupunktur wird gemeinsam durch die geschulten Pflegekräfte und Ärzte durchgeführt. Zu Beginn der Stunde sind in der Regel drei TherapeutInnen anwesend. Nachdem die meisten Patienten genadelt sind, verbleibt eine TherapeutIn in dem Raum.
- » Über die Dauer der Therapie entscheidet die PatientIn.
- » Nach Handzeichen werden die Nadeln durch die TherapeutInnen entfernt.
- » Zusätzlich zum NADA-Protokoll in der Gruppe erhalten PatientInnen bei Bedarf (z. B. bei Spannungszuständen) Akupunktur nach dem NADA-Protokoll zur Beruhigung als Einzel- oder Kleingruppen-Therapie.

2. Zielsetzung

Auf Wunsch der Krankenhausleitung wurde eine Anwendungsbeobachtung durchgeführt. Es sollte die PatientInnenzufriedenheit mit dem NADA Therapieangebot festgestellt werden.

3. Methodik

Im Evaluationszeitraum vom 05.09. bis 17.10.2006 wurden 13 NADA-Entspannungsgruppen durchgeführt. Die Messung der PatientInnenzufriedenheit wurde

- » indirekt über die PatientInnenfrequenz je Sitzung,
- » direkt über visuelle Befindlichkeitsliste in den Parametern: Stimmung, Unruhe, Antrieb, körperliche Symptome, Gefühl „gerädert“ zu sein, sowie Gesamtbefindlichkeit.

Jeder Patient füllte jeweils vor und nach der Akupunktur eine visuelle Analogskala aus. Die statistische Datenauswertung erfolgte mittels t-Test für abhängige Stichproben. Die Ergebnisse wurden nicht nach Diagnosen aufgeschlüsselt.

Das Studien-Setting unterschied sich von der Regelbehandlung nur durch die vor dem Raum ausgelegten VAS-Bögen. Um die Utilisation durch die PatientInnen nicht zu verfälschen, wurde den PatientInnen nicht mitgeteilt, dass selbige Gegenstand der Studie war.

4. Ergebnisse

Insgesamt wurden im Evaluationszeitraum vom 05.09. bis 17.10.2006 13 NADA-Entspannungsgruppen durchgeführt, an denen insgesamt 49 PatientInnen, im Durchschnitt 18 PatientInnen/Sitzung teilnahmen. (s. Tab. 1). Bei einer durchschnittlichen Belegung der Station im Untersuchungszeitraum von 29 PatientInnen betrug die Utilisation des NADA-Angebotes durch die PatientInnen 62%.

Die Datenauswertung über alle 49 Personen und alle 13 Termine hinweg ergab in allen Dimensionen der visuellen Analogskala eine signifikante Verbesserung der Symptomatik (s. Tab. 2 und Tab. 3).

PatientInnen hatten nach der NADA-Entspannungsgruppe

- » eine bessere Stimmung, waren ruhiger und ausgeglichener und weniger ängstlich,
 - » fühlten sich aktiver und unternehmungslustiger,
 - » körperlich frischer, hatten weniger Beschwerden,
 - » fühlten sich ausgeruhter und erholter
 - » und beschrieben ihren Gesamtzustand als deutlich besser.
- als vor der NADA-Entspannungsgruppe.

Tabelle 1 | PatientInnenfrequenz
05.09.2006 bis 17.10.2006

Datum	PatientInnenfrequenz
05.09.2006	24
07.09.2006	18
12.09.2006	18
14.09.2006	18
19.09.2006	18
21.09.2006	23
26.09.2006	22
28.09.2006	17
03.10.2006	21
05.10.2006	15
10.10.2006	15
12.10.2006	9
17.10.2006	14

Frequenz von 18 PatientInnen pro NADA-Sitzung durch mehrere Faktoren eingeschränkt:

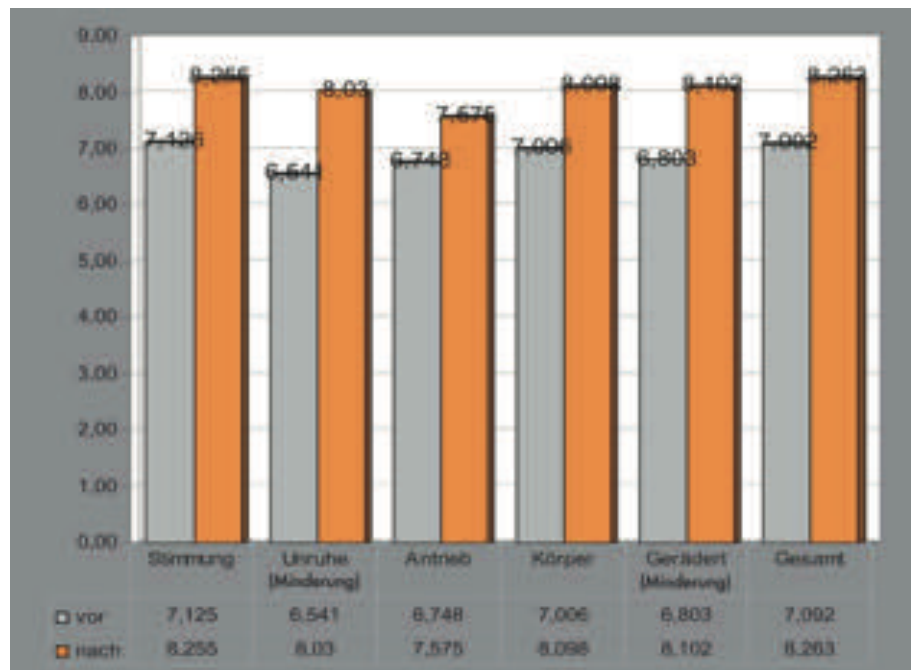
- » Eine der beiden wöchentlichen NADA-Sitzungen fand zeitgleich mit der Arbeit der Konsiliarärzte für Akupunktur und Homöopathie statt.
- » Andere PatientInnen hatten zu dieser Zeit Psychotherapie bei den ÄrztInnen oder PsychologInnen. Therapie beim Pflegepersonal (ASE; Jungbad etc.), Einzel-Physiotherapie, sozialarbeiterische Betreuung, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie o. ä.
- » Andere PatientInnen hatten zu dieser Zeit einen soziotherapeutischen Ausgang oder eine Untersuchung (Interne; Röntgen etc.)
- » In einer Woche fand das gemeinsame seit Jahren laufende Projekt mit der Manualtherapie des Hauses statt, wo ca. 15 PatientInnen der Station eine Woche lang intensiv eine manualmedizinische

Schätzungsweise konnten durch diese Aktivitäten sieben PatientInnen nicht an der NADA-Gruppe teilnehmen. Eine genaue Zählung wurde nicht durchgeführt.

Die direkte Messung der Befindlichkeit zeigt einen statistisch signifikanten Effekt der Entspannungssitzung für die meisten Patienten. Allerdings waren diese Werte nicht konstant. Es gab Tage, an denen die Änderungen nicht das Signifikanz-Niveau erreichten. Eine Aufschlüsselung der Effekte nach Diagnosen fand nicht statt.

Die gemessenen Änderungen der Befindlichkeit entsprechen vorangegangenen Untersuchungen.

Inwieweit hier spezifische NADA-Effekte zum Tragen kommen, die über einen Entspannungseffekt nach 30-bis 45-minütiger Ruhephase hinausgehen, war nicht Thema der Studie und müsste in einem kontrollierten Setting untersucht werden.



5. Diskussion

Die effektive Utilisation der NADA-Ohrakupunktur zeigte mit 62 % einen herausragenden Wert für freiwillige Therapieangebote in einer psychiatrischen Klinik. Dabei wurde die durchschnittliche Utilisations-

Betreuung nutzen konnten.

- » Es gab vereinzelt PatientInnen, die NADA ablehnten bzw. von sich aus zeitweilig mit einer Akupunkturbehandlung aussetzten.

6. Schlussfolgerung

Insgesamt ist festzuhalten, dass das NADA-Protokoll unter den PatientInnen der Station außerordentlich beliebt ist und inzwischen zu einer

festen therapeutischen Institution geworden ist. Dies wird auch durch folgende Parameter unterstützt:

» Einzelne PatientInnen anderer Stationen und Prima-

vor/nach NADA	M	N	SD	T-Differenz	df	Sig. (2-seitig)
Stimmung vor	7,125	190	4,027	-5,535	189	0,000
Stimmung nach	8,255	190	4,234			
Unruhe (Minderung) vor	6,541	189	4,338	-6,562	188	0,000
Unruhe (Minderung) nach	8,030	189	4,433			
Antrieb vor	6,748	189	3,755	-3,568	188	0,000
Antrieb nach	7,575	189	3,889			
Körper vor	7,006	187	3,870	-5,715	186	0,000
Körper nach	8,098	187	4,133			
Gerädert (Minderung) vor	6,803	189	3,730	-5,970	188	0,000
Gerädert (Minderung) nach	8,102	189	4,181			
Gesamt vor	7,092	189	4,009	-5,364	188	0,000
Gesamt nach	8,263	189	4,221			

Literatur

1. Avants SK, Margolin A, Holford Th, osten ThR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160:2305–2312
2. Baudis R, ed. *Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADAProtokoll*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999
3. Baudis R, Schienle M. Kann Akupunktur die psychische Selbstregulation Drogenabhängiger aktivieren? Eine empirische Untersuchung. In: Baudis R, ed. *Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht, 2002:237–253.
4. Berman AH, Lundberg U. Auricularacupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106:152–157
5. Bier IA, Wilson J, Studt P, Shakleton M. Auricular acupuncture, education and smoking cessation: A randomized, sham-controlled Trial. *Am. J. Public Health* 2002; 92:1642–1647
6. Buhk H, Busch W, Feldkamp J, Koch U. Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkoholund medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle. *Suchttherapie* 2001; 2:35–44
7. Bullock M, Culliton P, Olander R. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. *Lancet* 1989; 1:1435–1439
8. Bullock M, Kiresuk T, Sherman R, et al. A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *J. Substance Abuse Treatment* 2002; 22:71–77
9. Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klie-ser E. Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety. Results of an experimental study. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68:137–144.
10. Esser AH, Botek ST, Gilbert C. Acupuncture Tonification: Adjunct in Psychiatric Rehabilitation. *American Journal of Chinese Medicine* 1976, 4:73–79

11. Fullilove MT, Smith MO. Acupuncture as Treatment for the Borderline Personality Disorder. *NADA Literature Clearinghouse*. PO Box 1927, Vancouver, WA 98668; 1993
12. Grüsser SM, Mörsen CP, Rau S et al. Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Opiatabhängigen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2005; 48, 2:20–27
13. Kane J, Discipio W. Acupuncture Treatment of Schizophrenia: Report on Three Cases. *American Journal of Psychiatry* 1979, 136:297–302
14. Kober A, Scheck T, Schubert B. Auricular Acupressure as a Treatment for Anxiety in Prehospital Transport Settings. *Anesthesiology* 2003; 98, 6:1328–1332.
15. Niederecker M. Akupunktur nach dem „NADA Protokoll“ am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Taufkirchen (Vils). *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2004; 47, 2:14–16
16. Ogal H, Ogal M, Hafer J. Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur. *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2004; 47, 2:6–12
17. Ots T, Payer K, Haas K. Integrative Psychiatrie – Ein Jahr Modellversuch im stationären Bereich. *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2001; 44, 4:279–282
18. Raben R. Einführung in die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll. In: Baudis R, ed. *Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADAProtokoll*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999:16–37
19. Raben R. Akupunkturgestützte Stressbewältigung. *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2004; 47, 2:18–20
20. Rüdinger R. Akupunktur in der Alkoholund Drogentherapie. Hamburg: *Hamburger Ärzteblatt* 1999:222–225
21. Shwartz M, Saitz R, Mulvey K, Brannigan P. The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system. *J. Substance Abuse Treatment* 1999; 17:305–312
22. Smith MO. Acupuncture treatment for crack: cli-

- nical survey of 1.500 patients treated. *Am. J. Acup.* 1988; 16:241–247
23. Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drug-addicted Persons. *Bulletin on Narcotics* 1988; 40, 1:35–41
24. Smith MO, Atwood T. Acupuncture May Prevent Relapse in Chronic Severe Psychiatric Patients. Presentation on “The 1995 Conference of The National Acupuncture Detoxification Association”, New York, 21.04.–23.04.1995
25. Strauß K, Weidig W, eds. *Akupunktur in der Suchtmedizin*. Stuttgart: Hippokrates 1997
26. Wang SM, Kain ZN. Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety. *Anesth Analg* 2001; 92:548–553.
27. Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian Journal of Medicine* 1973; 9:138–141

Autor + Korrespondenzadresse



Dr. Karl Payer
 Station PS 15
 (Integrative Psychiatrie)
 Landesnervenklinik Sigmund Freud
 Wagner-Jauregg-Platz 1
 A-8053 Graz
 karl.payer@lsf-graz.at

gekürzte Fassung aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2013;56,4:9-11

S. Schönegger, T. Ots

Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich

- Eine Verlaufsstudie

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, Verlaufsstudie, Aggressivität, extramurale Psychiatrie, Psychosoziales Zentrum

Zusammenfassung

Im ambulanten Bereich eines Psychosozialen Zentrums wurden 26 KlientInnen, die 20 Sitzungen NADA-Akupunktur erhielten, über die Entwicklung von 15 Symptomen befragt. Alle 15 Symptome zeigten eine Verbesserung, zehn Veränderungen waren statistisch signifikant. Der zunächst unerklärliche Anstieg des

Items Aggressivität konnte durch qualitative Gespräche erklärt werden: Die KlientInnen beschrieben sich als weniger gehemmt, offensiver, tatkräftiger. Akupunktur scheint nicht direktional zu wirken, sondern lediglich als Anstoß für die körperliche Autoregulation, abhängig vom Ausgangswert.

Hintergrund

Die Psychosoziale Beratungsstelle (PSZ) Leibnitz ist eine Einrichtung der Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, die in drei Städten der Steiermark (Graz, Hartberg, Leibnitz) Psychosoziale Dienste (PSD) unterhält. Die Dienstleistungsangebote der psychosozialen Beratungsstellen richten sich an Menschen mit psychischen und sozialen Fragestellungen, sowie an deren Angehörige. Die meisten KlientInnen leiden unter psychiatrischen Erkrankungen sowie an schweren persönlichen Krisen.

Die Angebote der Psychosozialen Beratungsstelle:

- » Beratung und Abklärung für Betroffene und Angehörige
- » Betreuung bei psychischen und psychiatrischen Problemen

- » Krisenintervention
- » Gruppenangebote

Im Januar 2012 wurde die Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll im PSD Leibnitz eingeführt. Die an der NADA-Gruppe teilnehmenden PatientenInnen werden aufgrund der Diagnosestellung bzw. der Symptomatik von den MitarbeiterInnen empfohlen, einige kommen auf eigenen Wunsch, weil sie das Informationsblatt gelesen haben, wieder andere haben durch Mundpropaganda weiterer PatientInnen von NADA erfahren.

Die Rahmenbedingungen:

- » Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen durch ein Informationsblatt

- » Patientin, Ärztin sowie NADA-Therapeutin unterschreiben eine Einverständniserklärung
- » NADA wird wöchentlich 1× angeboten
- » Es sind max. 20 Behandlungen pro PatientIn vorgesehen

Zur Evaluierung unserer Tätigkeit – u. a. auch angeregt durch eine Vortragsmöglichkeit auf der Euro-NADA-Konferenz im September 2013 – entschlossen wir uns zu einer Studie.

Zielsetzung

Gefragt wurde nach der Veränderung von 15 Symptomen, die bei psychiatrischen Patienten sowie Menschen in einer schweren Krisensituation auftreten und die sowohl psychische als auch vegetative Symptome umfassen (Auswahl der Items auch in Anlehnung an die ICD-10). Weiters orientierten wir uns an vorliegenden Untersuchungen zum NADA-Protokoll [1–4]. Das Besondere an unserer Studie ist die lange Laufzeit: Die Befindlichkeit der PatientInnen wurde nach der 1., 10. und 20. Therapiesitzung erhoben.

Erhobene Symptome

- » Kopfschmerzen
- » Müdigkeit
- » Konzentrationsstörungen/Merkfähigkeitsstörung
- » Unruhe
- » Nervosität
- » Zittern
- » Angst
- » Unsicherheit
- » Gedankenkreisen
- » Grübelneigung
- » Muskelanspannung
- » Herzklopfen
- » Aggressivität
- » Einschlafstörungen
- » Durchschlafstörungen

Methodik und Auswertung

Strukturierte Fragebogentechnik

- » Zeitraum Oktober 2012 bis Juni 2013

Erhebung

- » vor der 1. Behandlung
- » nach der 10. Behandlung und
- » nach der 20. Behandlung

Fragebogen

Der Fragebogen enthielt neben den demografischen Daten wie Name und Alter auch die Diagnose bzw. die Frage, ob der/die PatientIn auch noch weitere Angebote im Psychosozialen Dienst Leibnitz in Anspruch nimmt

(Psychotherapie, fachärztlichpsychiatrische Beratung ...).

Die Symptomatik wurde anhand einer Skalierungsfrage von den PatientInnen bewertet.

Beispiel

Ich verspüre

- » 1 = nie;
- » 2 = selten;
- » 3 = gelegentlich;
- » 4 = oft;
- » 5 = sehr oft

Kopfschmerz

1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5

Der Fragebogen wurde mit den PatientInnen genau besprochen, in drei Fällen auch gemeinsam ausgefüllt.

Statistische Evaluierung der Einzelsymptome

- » Berechnung Mittelwert und Standardabweichung
- » T-sample-Test
- » Auswertungssoftware Minitab 15.0
- » Boxplot Grafik

Ergebnisse

- » 26 ProbandInnen
- » 80,89 % weiblich
- » 19,11 % männlich
- » 61 % nahmen zusätzlich therapeutische Gespräche, weitere Gruppenangebote und medikamentöse Beratung in Anspruch. Die NADA-Therapie entsprach somit einem komplementären Angebot.

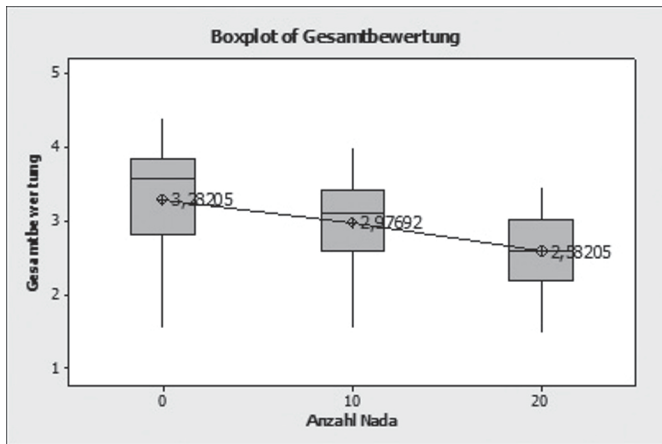
Diagnosen

- » Depressionen, PTBS
- » Angst- und Panikstörungen
- » Burnout
- » Bipolare Störung
- » Alkoholabusus

Zusätzlich angegebene Diagnosen:

- » Tourette-Syndrom, Tinnitus, chronische Schmerzen, akute Schmerzen

Gesamtbewertung der 15 überprüften Symptomatiken



Two-sample T für Gesamtbewertung

Anzahl	N	Mean	StDev	SE Mean
0	26	3,282	0,784	0,15
20	26	2,582	0,563	0,11

Difference = $\mu(0) - \mu(20)$; Estimate for difference: 0,700
T-Test of difference = 0 (vs not =): T-Value = 3,70 P-Value = 0,001 DF = 50

- » In der Gesamtbewertung aller 26 Probanden über die Anzahl von 20 NADA-Behandlungen zeigt sich eine kontinuierliche, statistisch signifikante Verbesserung aller 15 erfassten Beschwerden von 3,282 auf 2,582.
- » Statistische Signifikanz: P-Value $\leq 0,01$

Ergebnisse der einzelnen Symptomatiken

Anmerkung:

Wegen der großen Ähnlichkeit der grafischen Darstellung werden zwecks optischer Gegenüberstellung nur die Symptomatiken **Gedankenkreisen/Grübelneigung** und **Aggression** mittels Boxplot dargestellt.

Keine statistisch signifikante Verbesserung zeigte sich bei folgenden Symptomen: **Unsicherheit, Muskelanspannung, Herzklopfen, Kopfschmerz, Zittern.**

Müdigkeit ergab eine statistisch signifikante Verbesserung von 3,77 auf 2,962. KlientInnen fühlten sich nach der NADA-Behandlung angenehm erholt, als hätten sie gut geschlafen. Diese spürbare Erholung hielt zumeist nur max. einen Tag an.

Unruhe und Nervosität zeigten eine statistisch signifikante Verbesserung von 3,84 auf 2,84. Dies lässt sich bereits während der NADA-Behandlung beobachten.

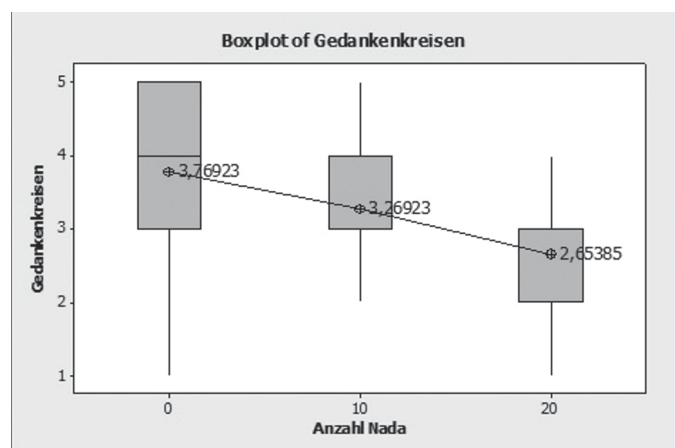
KlientInnen kommen oftmals nervös und unruhig in die Behandlung bzw. erzählen, dass sie eine sehr hektische, unruhige Woche hatten. Für den Klienten/die Klientin spürbar und für die Therapeutin sichtbar beruhigen sich KlientInnen während der 40-minütigen Behandlung.

Diese Ruhe und teilweise Gelassenheit verändert sich nach ca. drei Tagen wieder in Unruhe und Nervosität. Auch dies wird von Angehörigen beobachtet und bestätigt.

Ein- und Durchschlafstörungen zeigten eine statistisch signifikante Verbesserung. Der P-Value = 0,009. Diese positive Veränderung hält jedoch nur zwei bis drei Tage an.

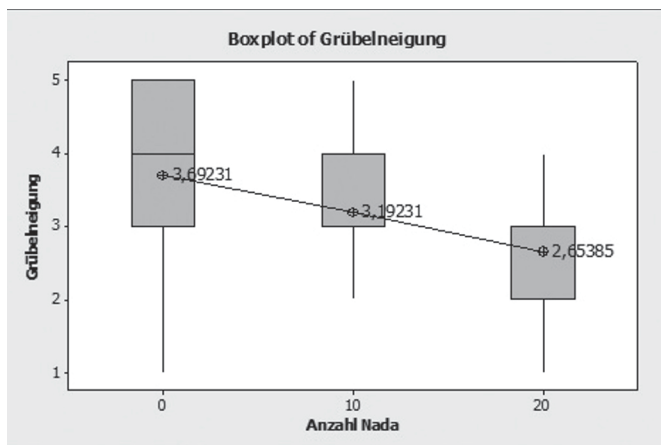
Konzentrationsstörungen/Merkfähigkeitsstörung ließen eine statistisch signifikante Veränderung von 3,62 auf 2,923 erkennen.

Angst zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung von 3,2 auf 2,7. Diese Veränderung beschrieben KlientInnen so, dass es ihnen häufig leichter gelingt, sich an Plätzen aufzuhalten, die aus Erfahrung mit Angst besetzt sind. Beispiel: Zu Beginn der NADA-Therapie können sehr ängstlich-nervöse KlientInnen sich nicht im großen Gruppenraum aufhalten. Meist erhalten sie die NADA-Therapie in einem Büro mit max. vier weiteren KlientInnen. Nach einigen Behandlungen verlangen die KlientInnen von sich aus, dass sie sich nun in den großen Gruppenraum setzen können, weil sie das Gefühl haben, nicht mehr mit Angst zu reagieren. Zunächst wählen sie eher die Randplätze, bis es irgendwann egal ist, wo sie sitzen.



Anzahl	N	Mean	StDev	SE Mean
0	26	3,770	1,180	0,23
20	26	2,654	0,846	0,17

T-Test of difference = 0 (vs not =): T-Value = 3,92
P-Value = 0,000 DF = 45

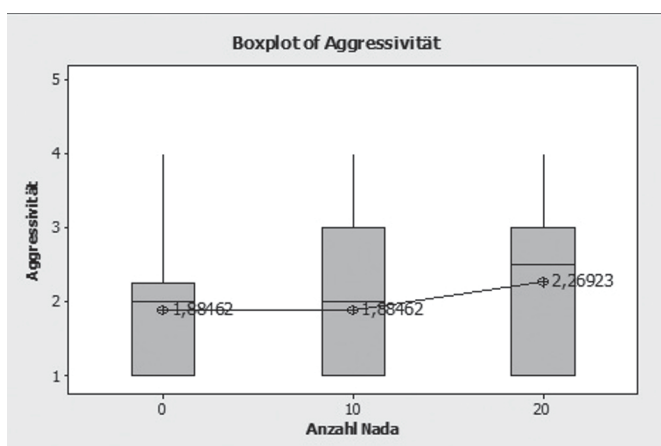


Anzahl	N	Mean	StDev	SE Mean
0	26	3,690	1,190	0,23
20	26	2,654	0,892	0,17

T-Test of difference = 0 (vs not =): T-Value = 3,56
P-Value = 0,001 DF = 46

Gedankenkreisen und **Grübelneigung** zeigen eine nahezu identische, statistisch signifikante Verbesserung durch alle 20 NADA-Behandlungen.

Es kommt auch vor, dass KlientInnen den Moment der NADABehandlung als ein „Gedanken im Kopf in Ordnung bringen“ beschreiben. Es wird allerdings eher nur für den Moment als Verbesserung beschrieben, ohne längerfristige Wirkung. Sobald KlientInnen diese Erfahrung gemacht haben, setzten sie sich ganz bewusst in die Gruppe, um das oben beschriebene Gefühl zu erhalten.



Anzahl	N	Mean	StDev	SE Mean
0	26	1,885	0,952	0,19
20	26	2,269	0,919	0,18

Difference = $\mu(0) - \mu(20)$; Estimate for difference: -0,385
T-Test of difference = 0 (vs not =):
T-Value = -1,48 P-Value = 0,145 DF = 49

Die **Aggressivität** veränderte sich während der ersten zehn Sitzungen nicht, dann stieg der Mittelwert zwischen der 10. und 20. Sitzung von 1,88 auf 2,26 an. Dieser Anstieg ist mit einem P-Value von 1,145 statistisch nicht signifikant.

Diskussion

Die Ergebnisse entsprachen i. a. vorangegangenen Studien und unserer Erwartung. Allerdings erhielt die inzwischen zur Formel gewordene Aussage „NADA-Akupunktur entspannt und macht gleichzeitig wach“ in unserer Studie eine neue Dimension. Aggressivität hatte nicht wie erwartet abgenommen, sondern war angestiegen, wenn auch nicht signifikant. Dieses Ergebnis war für uns zunächst nicht erklärbar. Wir entschlossen uns daraufhin, mit den KlientInnen qualitative Einzelgespräche zum Item Aggressivität zu führen. In diesen Gesprächen berichteten KlientInnen von einem besseren Durchsetzungsvermögen, sich besser zur Wehr setzen, sich gegenüber anderen besser abgrenzen, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrnehmen und genauer zum Ausdruck bringen zu können. Dies wurde auch von Angehörigen bestätigt. Diese Beobachtung scheint doch über einen längeren Zeitraum anzuhalten.

Dieses zunächst überraschende Ergebnis unterstützt die Meinung von Michael Smith [5], dass es sich bei Akupunktur um einen wenig dominanten Prozess, sondern um ein Angebot an die menschlichen Autoregulationskräfte handelt. Akupunktur kann in beiderlei Richtungen wirken: Ist die Homöostase im Sinne eines Hypo verschoben, wird Akupunktur eine Stärkung (Tonisierung) bewirken. Ist die Homöostase im Sinne eines Hyper verschoben, wird Akupunktur eine Ableitung (De-Tonisierung) bewirken. In unserem Klientel hatten diejenigen, die sich in einem gehemmten Zustand befanden, die Mehrheit. Eine positive Beeinflussung ihrer Situation durch das NADA-Protokoll zeigte sich in einer Enthemmung. Die KlientInnen verstanden die Frage nach Aggressivität nicht wie wir in einem negativen Sinne, sondern als Empowerment [6].

Die Ergebnisse dieser Studie werden durch zwei Kriterien in ihrer Aussagekraft eingeengt. NADA war in dieser Phase nicht die einzige, sondern in der Regel eine von mehreren Therapien, die die Klientinnen annahmen. Positive Ergebnisse hat es in der psychosozialen Arbeit auch schon vor der Einführung des NADA-Protokolls gegeben. Hier ist eine weitere, nun randomisierte und kontrollierte Studie geplant, und zwar im Sinne einer

Cross-over-Studie, um niemanden in diesem sensiblen Bereich vor den Kopf zu stoßen.

Um das Ergebnis Aggressivität im Sinne der von uns geführten Diskussion zu überprüfen, müssen die Ergebnisse diagnosespezifisch aufgeschlüsselt werden. NADA müsste bei einer depressiven KlientIn etwas Anderes bewirken als bei einer KlientIn in einem Spannungszustand oder mit einer Aggressivität. Dass wir ohne Vergleichsgruppe dennoch der NADA-Therapie einen großen Anteil bei den Ergebnissen zubemessen können, liegt daran, dass die Wirkungen spontan einsetzen, also bereits während der Therapiesitzung. Wir erhielten von vielen KlientInnen Rückmeldungen, die ihre Besserung eindeutig der NADA-Therapie zuordneten. Hier einige Beispiele von KlientInnenaussagen:

„NADA ist Auszeit für die Seele.“

„Eine Stunde Urlaub in der Woche, das ist NADA für mich.“

„Ich kann endlich wieder besser schlafen.“

„Durch NADA habe ich viel mehr Geduld.“

„Durch NADA habe ich gelernt besser auf meinen Körper zu achten und zu hören.“

„Es kann vorkommen, dass ich mal so richtig laut werde, das tut sogar gut, hätte ich nicht gedacht.“

„Ich habe das Gefühl, dass ich stärker im Leben stehe, wenn auch nur für wenige Stunden, aber trotzdem.“

Ausblick

Die NADA-Ohrakupunktur wird im PSZ Leibnitz weiterhin angeboten. Seit Oktober 2013 gibt es zur NADA-Ohrakupunkturgruppe noch eine Druckpflastergruppe (Magnetkugeln, „Perlen“). Die Gesetzeslage in Österreich gestattet nicht-medizinischem Personal – auch wenn in NADA ausgebildet – keine Verletzung der Haut, wenn diese im Sinne eines heilenden Eingriffes vollzogen wird. Für Tätowierer, die darüber hinaus noch Fremdmaterialien in die Haut einbringen, gibt es keine Einschränkung bezüglich des beruflichen Hintergrundes. Eine erste Studie zur Wirkung der Magnetpflastermethode ist im PSD Hartberg bereits angelaufen.

Literatur

1. Berman A. Auricular Acupuncture as an Auxiliary Treatment for Substance Abusers: A controlled study of the NADA-Acudetox protocol in two Swedish prisons. Monography of the Swedish National prisons and Probation Administration. January 1999
2. Brewington V, Smith MO, Lipton D. Acupuncture as a Detoxification Treatment: An Analysis of Controlled Research. Journal of Substance Abuse Treatment. 1994;11,4:298–293
3. Bullock ML et al. Controlled Trial of Acupuncture for Severe Recidivist Alcoholism. The Lancet, 1989 (June 24):1435–1439
4. Payer K, Ots T, Marktl G, Pfeifer F, Lehofer M. PatientInnenzufriedenheit mit der NADA Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – Eine Anwendungsbeobachtung. Dt Ztschr f Akup. 2007;50,2:10–13
5. Smith MO: Spirituality – Serenity. Proceedings of Euro-NADA Conference 2013. <http://www.euro-nada-conference2013.at/abstracts-downloads>
6. Ots T. Leib und Empowerment. Dt Ztschr f Akup. 2013;56,3:34–35



Abb.: Zum Abschluss unsere Ausbildungen gibt es immer ein Gruppenfoto – hier mit dem Ausbildungsteam Sigird Schönegger und Wolfgang Raith (Graz 2018)

Leicht veränderter Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift für Akupunktur 2019;62,1:43-44
<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0147-y>

Sigrid Schönegger

NADA im Psychosozialen Dienst Leibnitz

Behandlung von Stress, Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung

Einleitung

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

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

»» Die Angebote des PSD-Leibnitz richten sich an Menschen mit psychischen und sozialen Fragestellungen

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

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

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

NADA ist eine komplementäre Therapie

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

Alle NADA-Gruppen werden nach dem ursprünglichen NADA-Protokoll von Michael Smith durchgeführt. Es werden wöchentliche NADA-Sitzungen angeboten. Die Gruppengröße umfasst je nach Einrichtung 5 bis 15 Teilnehmer. Eine Gruppensitzung, unabhängig ob es sich um Akupunktur oder Akupressur handelt, dauert 40 bis 45 Minuten. Den Klienten wird sehr genau in der Einführung erklärt, was NADA bedeutet und was durch diese Behandlung erreicht werden kann. Unsere Überzeugungsarbeit fällt nicht schwer, denn jeder möchte gerne stärker, stabiler und sicherer werden.

Das Prozedere

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

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

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

Bei akut traumatisierten Patienten aber auch bei Klienten mit einer

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

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

posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wo die Traumatisierungen schon Jahre zurückliegen, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die nonverbale und nonkonfrontative Begegnung durch das NADA Protokoll sehr unterstützend und hilfreich sein kann. So kann es gelingen, dass akut oder chronisch traumatisierte Menschen zu Beginn nicht über das geschehene, belastende Ereignis reden müssen und trotzdem eine Behandlung bekommen.

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

Für diese Betroffenen wird NADA zunächst auch im Einzelsetting an-

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

„Die Anwendung der NADA -Ohrakupunktur bedeutet eine korrigierende Erfahrung mit vegetativer Umstimmung in sicherer Gegenwart – durchaus auch in einer Gruppensituation – und bietet hier ein Gegengewicht zur traumatischen Erfahrung. Einzelerfahrungen lassen vermuten, dass hierdurch durchaus die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen initiiert werden kann, die danach eigen-dynamisch abläuft.“ [2]

Nadeln oder Magnetpflaster?

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

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

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

„Endlich kann ich, dank NADA wieder gut schlafen.“

„Ich habe endlich wieder mehr Kraft!“

Die mobile Einsatzmöglichkeit von NADA

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

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

Im PSD Leibnitz werden wir weiterhin versuchen so niederschwellig wie möglich, vielen Menschen diese einzigartige Intervention zukommen zu lassen, egal ob mit Nadeln oder Pflastern unsere Erfahrung hat gezeigt, NADA WIRKT!

Literatur

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

Autorin + Korrespondenzadresse



Sigrid Schönegger, MSc,
ursprünglich Tätigkeit als DGKS und
Lehrerin der Gesundheits- und Krankenpflege. Seit 12 Jahren als Psychotherapeutin in der psychosozialen Beratungsstelle der GFSG Leibnitz und seit 2016 Vortragende bei NADA Akupunktur Austria.

Psychosoziales Zentrum Leibnitz,
GFSG
Wagna Straße 1/1
8430 Leibnitz, Österreich

sigrid.schoenegger@gfsg.at
Mobil: 0664/1429874



Abb.: Behandlung traumatisierter Kinder nach einem zerstörerischen Taifun auf den Philippinen (2011)

ungekürzter Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2019 • 62 (1): 31–33
<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0140-5>

Michael Hase

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

Einleitung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist mit einer Prävalenz von etwa 3 % in der Gesamtbevölkerung – bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland – und Prävalenzen von bis zu 40 % in Subgruppen der Bevölkerung eine durchaus die Versorgungsrealität bestimmende Erkrankung. Nachdem das Thema der seelischen Traumatisierung und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) enttabuisiert wurde und 1998 mit dem ersten großen Kongress der Psychotraumatologie in Köln eine breitere Beachtung innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie fand, haben sich in den verschiedenen Feldern der Akutbehandlung und Rehabilitation stationäre Behandlungsangebote zur Behandlung der PTBS und weiterer psychotraumatischer Folgestörungen entwickelt.

»» Die Therapie der PTBS stellt immer noch eine Herausforderung dar

Die Gründung einer Fachgesellschaft, der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), eine rege wissenschaft-

liche Beschäftigung mit den Methoden der Psychotraumathe-
rapie und die Formulierung von Leitlinien, die mittlerweile in der zweiten Version vorliegen, haben die Formulierung von Behandlungsangeboten erleichtert und zu einer Professionalisierung beigetragen. Bei allen Fortschritten stellt jedoch die Therapie seelisch traumatisierter Menschen in den verschiedenen Settings der stationären Behandlung eine Herausforderung dar. Abhängig von dem Setting der Behandlung, sei es die psychiatrische bzw. psychosomatische Akutbehandlung oder die Rehabilitation, unterscheiden sich Behandlungsdauer und Personalressourcen erheblich. Auch ist eine zunehmende Tendenz zur Gewinnmaximierung mit Einfluss auf die Behandlungsressourcen zu beobachten. Dies ist besonders für die Behandlung der PTBS mit Komorbiditäten (komplex belastete Patienten) mit erhöhtem Behandlungsbedarf von Bedeutung.

Leitlinienorientierte Behandlung der PTBS

Die PTBS gilt mittlerweile, vor allem durch die Entwicklung der Psychotherapie mit der Integration innovativer Therapien, wie Eye Movement

Desensitization and Reprocessing (EMDR; [1]), als eine gut behandelbare Störung. Im Einzelfall erweist sich die psychotherapeutische Arbeit jedoch durchaus als schwierig. Die Leitlinien zur Behandlung der PTBS fordern eine phasenorientierte Behandlung, die nach Feststellung des Vorliegens einer Traumafolgestörung obligat die Stabilisierungsphase, die traumakonfrontative Phase und die Phase der Integration mit Neuorientierung enthält. Der idealtypische Phasenablauf wird in der Praxis selten zu finden sein, da sich die Phasen ineinander verschränken.

»» Elemente der TCM finden sich oft in der stationären Behandlung

Leitliniengerecht kommt in der Stabilisierungsphase Ressourcenaufbau zum Einsatz, wobei hier kunst- und gestaltungs-, ergo-, sowie körpertherapeutische Ansätze einbezogen werden. Die Traumakonfrontation wird mit den geeigneten Möglichkeiten der traumadaptierten kognitiven Verhaltenstherapie – wobei Exposition nur ein Element sein darf – oder EMDR-Therapie durchgeführt

[2]. In der stationären Behandlung sind oftmals traumasensitives Yoga oder Qigong als körpertherapeutische Stabilisierung zu finden. Diese Angebote haben sich etabliert, ohne dass immer eine Grundorientierung nach der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zu finden ist.

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

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

NADA als berufsübergreifendes Therapieangebot

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

Die Integration der NADA-Ohrakupunktur in der stationären Psychiatrie ging von der Pflege aus. Die NADA-Ausbildung wurde von einigen Pflegekräften mit großer Begeisterung absolviert. In der Implementierung wurde ein gestuftes Vorgehen verfolgt. Das Gruppensetting sollte erst nach ausreichender Erfahrung im Einzelsetting erfolgen. Die Umsetzung in die klinische Arbeit war jedoch nicht un-

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

Insofern schien bei der Einführung des NADA-Protokolls in einer Abteilung für Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation ein anderer Ansatz sinnvoll. Der Chefarzt warb durch Patientenbehandlung und interne Fortbildung in der Abteilung für das NADA-Protokoll. In Zusammenarbeit mit der Krankenpflege wurde ein Ausbildungskonzept entwickelt, dass mehrere Berufsgruppen einbezog. In einer Inhouseausbildung, durchgeführt durch einen Trainer der NADA Deutschland, wurden neben ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern auch Physio- und Ergotherapeuten ausgebildet. Von Beginn an wurde die Behandlung im Gruppensetting und Einzelsetting ermöglicht, wobei das Gruppensetting als unverzichtbares Element des NADA-Protokolls benannt wurde. Hilfreich war, dass eine ärztliche Kollegin schon aus vorheriger Tätigkeit in dem NADA-Protokoll erfahren war und die Einführung begleiten konnte. Die NADA-Ausbildung kam nicht nur den Patienten zugute. Das gemeinsame Lernen und Handeln, die gemeinsame Selbsterfahrung führten auch zu einer Integration im gesamten Team der Abteilung. Konflikte zwischen den Berufsgrup-

pen verloren an Bedeutung. Das NADA-Protokoll konnte sehr erfolgreich in das Behandlungssetting integriert werden. Die Flexibilität in der Applikation durch Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen – selbstverständlich unter ärztlicher Indikationsstellung – erleichterte die Planung und Durchführung der Gruppen. In der etwa 130 Betten großen Abteilung wurden zeitweise bis zu fünf NADA-Gruppen zweimal pro Woche parallel angeboten. Interessanterweise hat das NADA-Protokoll trotz erheblicher Veränderungen im Gesamtsetting der Abteilung seinen Platz behalten. Hier ist sicherlich von Bedeutung, dass das NADA-Protokoll im Gruppensetting ressourcenschonend angeboten werden kann und auch komplex belastete Patienten profitieren können.

Wirkungskontrolle

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

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

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

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

Ausblick

Die Bedeutung der Anwendung des NADA-Protokolls bei Patienten mit PTBS liegt nach unserer Erfahrung in der hohen Akzeptanz der Patienten dieses nonverbalen und nonkonfrontativen Angebotes und in der vegetativen Stabilisierung bei gleichzeitiger entspannter Wachheit. Besonders Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgesyndromen fürchten eine Einschränkung der Vigilanz, wie sie

oftmals als Folge psychotroper Medikation erlebt wird, da diese ihrem Bedürfnis nach Kontrolle der Umgebung als Sicherung gegen erneute Gefahr entgegenwirken würde. Mit der Akupunktur nach dem NADA-Protokoll gelingt ein Management der Übererregung, das besonders vom traumatisierten Patienten angenommen werden kann.

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

In vielen mir bekannten Behandlungssettings für Patienten mit psychotraumatischen Folgesyndromen ist das NADA-Protokoll zu einem Grundpfeiler in der Behandlung geworden. Unserer Erfahrung nach empfiehlt sich die Erstanwendung der Akupunktur nach dem NADA-Protokoll im Einzelsetting, um dann den traumatisierten Patienten möglichst rasch in das Gruppensetting überführen zu können. Im Einzelsetting ist ein individuelles Eingehen auf die möglicherweise etwas ausgeprägte Reaktion bei der schon beschriebenen vorherrschenden hohen vegetativen Spannung möglich. Das NADA-Protokoll im Gruppensetting diene mir als unverzichtbare Basistherapie im Sinne einer psychovegetativen Stabilisierung. Zudem kann die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll zur Unterstützung der Traumabearbeitung genutzt werden. Die Integration in verschiedene Behandlungssettings ist möglich. Bei der Implementierung des NADA-Protokolls ist die Berücksichtigung systemischer Aspekte sinnvoll.

Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll kann die Behandlung psychisch traumatisierter Patienten bereichern. Bisherige Erfahrungen lassen vermuten, dass das Angebot wirksam und nebenwir-

kungsarm ist und von der Mehrzahl der Patienten in hohem Ausmaß akzeptiert wird. Sicherlich ist es notwendig, die Wirksamkeit des NADA-Protokolls bei Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgestörungen durch kontrollierte Datenerhebungen mit ausreichend großen Kollektiven zu untersuchen und abzubilden.

Literatur

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

Autor + Korrespondenzadresse



Dr. med. Michael Hase
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der NADA Deutschland

Lüneburger Zentrum für Stressmedizin
Dorette-von-Stern-Str. 14,
21337 Lüneburg, Deutschland
m.hase@lzsm.de



Abb.: Ab 15 TeilnehmerInnen führen wir Inhouse-Ausbildungen durch (hier mit Ausbildungsteam Oliver Rohrer und Thomas Ots im Krankenhaus Maria Ebene, Vorarlberg, Sommer 2019).

Stark gekürzter Nachdruck aus
Zeitschr. f. Gerontologie und Geriatrie 2017; 50,4:316-324.
Doi 10.1007/s00391-016-1047-8

J. Geib

Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode

- Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

Schlüsselwörter

Depression, Gerontopsychiatrie, Akupunktur, Teilstationäre Behandlung, Machbarkeitsstudie

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl depressiver Patienten im höheren Lebensalter nimmt in den letzten Jahren stetig zu, weshalb neue Behandlungsmöglichkeiten und Therapieansätze zur Verbesserung der Behandlung dieser Patientengruppe dringend erforderlich sind. Ziel dieses Projektes war es, die ergänzende Anwendung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei teilstationär behandelten Patienten im Hinblick auf Akzeptanz und Machbarkeit zu evaluieren.

Methode: Zwanzig teilstationäre Patienten einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit einer depressiven Störung (ICD 10: F32–F33) erhielten neben der etablierten Behandlung 3-mal wöchentlich eine Ohrakupunktur-Sitzung für 3 Wochen. Es wurden semi-strukturierte Interviews mit den Teilnehmern sowie dem therapeutischen Team geführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Depressivität, Kognition, Schlafqualität und Lebensqualität wurden mittels vali-

dierter quantitativer Instrumente erhoben. Ergebnisse. Es ergab sich eine 95 %ige Inanspruchnahme. In der qualitativen Analyse zeigten sich eine gute Annahme und hohe Akzeptanz bei allen Befragten.

Bei den Patienten dominierten eine positive Erwartungshaltung und die Überzeugung, dass es sich um eine wirkungsvolle Therapieform ohne Nebenwirkungen handele, welche zur Genesung beitragen könne. Die Mehrzahl gab zudem eine Verbesserung der Beschwerden an. Die quantitative Auswertung ergab signifikante Verbesserungen bei den Zielparametern.

Diskussion: Die Akzeptanz bei Patienten und die Bereitschaft des interdisziplinären Teams, neue Wege in der Versorgung zu gehen, unterstreichen die Machbarkeit einer Implementierung innerhalb eines festen Therapiekonzepts. Die signifikanten Prä-post-Verbesserungen deuten auf einen möglichen Benefit hin und sollten in weiterführenden Wirksamkeitsstudien überprüft werden.

Hintergrund

Bei geriatrischen Patienten besteht durch eine häufig schlechtere Medikamentenverträglichkeit (u. a. durch Nieren- oder Leberfunktionsstörungen und Begleiterkrankungen) die Notwendigkeit, innovative Therapieansätze zu entwickeln. Vor dem Hin-

tergrund der positiven Erfahrungen der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll hatte das vorliegende Projekt zum Gegenstand, diesen Therapieansatz in einem gerontopsychiatrischen Patientenkollektiv zu überprüfen.

Methode Design

Ziel der Studie war es, in einem gemischten qualitativ-quantitativen Design die Machbarkeit und Akzeptanz von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei Patienten und Therapeuten zu überprüfen. Das

Studienprotokoll wurde bereits publiziert [1].

Es wurden 21 teilstationäre Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen mit der Diagnose einer depressiven Episode (ICD 10: F32–F33) gescreent, von denen 20 der Teilnahme zustimmten. Sie erhielten zusätzlich zum bestehenden Therapieprogramm (Psychotherapie, Psychoedukation, Medikation, Physiotherapie, Ergotherapie, Gedächtnistraining, Literatur- und Biografiegruppe) 3-mal wöchentlich eine 45-minütige Ohrakupunktursitzung nach dem NADA-Protokoll für insgesamt 3 Wochen.

Qualitative Erhebung

In den leitfadengeführten Einzelinterviews mit den Patienten wurden Fragen nach Erwartung und Vorstellungen zur Akupunktur gestellt, in den Interviews nach Abschluss wurde jeweils nach der erlebten Wirkung gefragt. In den leitfadengeführten Fokusgruppen mit dem multiprofessionellen therapeutischen Team wurden der persönliche Eindruck, der personelle Aufwand und die aus dem Projekt entstandenen Möglichkeiten für die Patienten thematisiert. Auch wurde die Situation für die Therapeuten, deren Angebote zeitlich parallel zur Akupunkturgruppe stattfanden, beleuchtet. Die insgesamt 40 semistrukturierten Interviews (Dauer ca. 15 min) und 2 Fokusgruppen wurden durch eine externe Psychologin geführt, um Verzerrungen zu vermeiden.

Quantitative Untersuchungsverfahren

Vor Beginn der Intervention und nach Abschluss wurden folgende Parameter mittels validierter Messinstrumente bei den Studienteilnehmern und Ablehnern erhoben: depressive Symptomatik, kognitive Funktion,

Lebensqualität, sowie Schlafstörungen.

Ergebnisse Patientenkollektiv

20 Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der psychiatrischen Universitätsklinik konnten in die Studie eingeschlossen werden. Alle eingeschlossenen Patienten vollendeten die Studie, es liegen von allen Studienteilnehmern komplette Datensätze der Screeninginstrumente vor. Es ergaben sich eine 95,2 %ige Inanspruchnahme des neuen Therapieangebots und eine Drop-out-Quote von 0 %. Insgesamt wurden 302 Behandlungen in 37 Akupunktursitzungen durchgeführt. (Eine Vielzahl der Patienten führte die Akupunktur auch nach Beendigung der 3-wöchigen Studienphase fort.)

Qualitative Datenauswertung

Die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll wurde sowohl von den Patienten als auch vom therapeutischen Team sehr gut angenommen und akzeptiert. Aufseiten der Teilnehmer konnten kaum Hindernisse für die Teilnahme aufgedeckt werden, vielmehr dominierten eine positive Erwartungshaltung und die Überzeugung, dass es sich um eine Therapieform ohne Nebenwirkungen handeln könne, welche zur Genesung beitragen könne. In Bezug auf die Wirkung sahen alle Befragten die Akupunktur als additive Therapieform als sinnvoll/ wirkungsvoll an, wobei keine Erwartungen gehegt wurden, dass die Akupunktur allein eine vollständige Heilung hervorrufen könne. Diese Einschätzung wurde so auch von den Teilnehmern der Fokusgruppe geteilt. Es wurde nur selten zwischen Körper- und Ohrakupunktur unterschieden, und beide Verfahren wurden synonym füreinander verwendet, was einen Hinweis darauf darstellen könnte, dass nur geringes Vorwissen im Be-

reich traditioneller chinesischer Medizin und Akupunktur vorhanden war.

Insgesamt zeichnete sich die Tendenz ab, dass der medikamentösen Therapie ein hoher Stellenwert zugeordnet wurde und dieser aufgrund der Evidenz der Vorzug gegeben wurde, wenngleich die Akupunktur als willkommenes Addendum gesehen wurde. In diesem Zusammenhang wurde jedoch auch ein Spannungsfeld zwischen der Einnahme von Medikamenten, trotz (spürbarer) Nebenwirkungen bei einer teilweise fehlenden inneren Überzeugung und der Suche nach Alternativen deutlich. Die Mehrzahl der Befragten verspürte eine Verbesserung durch die multimodale Behandlung, welche sie je nach Symptomatik gänzlich (Entspannung, innere Ruhe), mehr (Schmerzreduktion, Verbesserung der Kognition, Wohlbefinden) oder weniger (Verbesserung des Nachschlafs oder der Stimmung) der Akupunktur zuordneten. Lediglich eine geringe Zahl der Befragten gab gar keine Veränderung an. Die von den Teilnehmern geäußerten Verbesserungen unterschieden sich zudem im Zeitpunkt der wahrgenommenen Verbesserung: Effekte wie innere Ruhe und Entspannung wurden bereits während der Sitzung wahrgenommen und hielten noch eine Zeit nach dieser an, wohingegen sich die Verbesserung des Wohlbefindens erst im Laufe der Zeit einstellte. Hierbei war besonders auffallend, dass nahezu alle Teilnehmer, die einen nachhaltigen (der Akupunktur zugeordneten) Behandlungserfolg schilderten, aktiv versuchten, sich auf die Ruhe/Entspannung zu konzentrieren, wohingegen sich bei den Befragten ohne wahrgenommene Verbesserung keine aktiven Versuche oder Beeinflussung der aufkommenden Gedanken während der Akupunktur finden ließen.

Aufgrund der Bestrebungen, die Behandlung auf das ambulante Setting auszuweiten, wurde die Bereit-

schaft der Teilnehmer erfragt, diese ambulant fortzuführen. Hierbei zeigte sich, dass diejenigen Befragten, bei denen sich ein deutlicher Effekt durch die Akupunktur eingestellt hatte, eher bereit waren, sich weiterbehandeln zu lassen und die Bereitschaft vom aktuellen Leidensdruck bzw. der Symptomschwere abhing. Insgesamt konnte jedoch eine große Nachfrage abgeleitet werden, obwohl die Teilnehmer von einer hohen finanziellen Belastung ausgingen und Unwissenheit über ambulante Einrichtungen mit einem entsprechenden Angebot bestand. Auch eine Reduzierung der ambulanten Therapieeinheiten auf einmal wöchentlich wurde von den Befragten als ausreichend und wünschenswert benannt. Es wurde geäußert, dass die Behandlung nicht zwangsläufig von einem Arzt durchgeführt werden müsse und die Behandlung durch einen Mitarbeiter des Pflegedienstes mit einer entsprechenden Schulung und Erfahrung als genauso geeignet angesehen wurde.

Zudem zeigte sich in den Interviews der Fokusgruppe, dass Störungen während der Behandlung durch zu spät eintreffende Patienten durch klare Regeln minimiert werden sollten, um den entspannenden Effekt zu gewährleisten. Aufgrund dieses sich während und nach der Akupunktur einstellenden Effekts sollte zudem die nachfolgende Therapie nicht beeinträchtigt werden und sich keine aktivierende Therapieform anschließen. Auch zeigte sich eine Nachfrage von Patienten der Tagesklinik mit anderen Diagnosen, so dass eine Öffnung des Angebots für Patienten, für die das NADA-Protokoll geeignet sein könnte, überlegt wurde.

Quantitative Datenauswertung

Die Vorher/nachher-Vergleiche zeigten signifikante Verbesserungen bezüglich der kognitiven Leistungen in der MMST ($p < 0,01$; Abb. 1a),

der depressiven Symptomatik in der Selbstbeurteilung anhand der GDS ($p < 0,001$; Abb. 1b), der depressiven Symptomatik in der Fremdbeurteilungsskala HAM-D ($p < 0,001$; Abb. 1c) sowie der Schlafstörungen im PSQI ($p < 0,001$; Abb. 1d).

Die Lebensqualität wurde mithilfe des SF-36 erhoben. Hier ergaben sich für die 8 Subskalen folgende Verbesserungen (Abb. 2): körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU; $p < 0,001$, körperliche Rollenfunktion (KÖRO; $p = 0,002$), körperliche

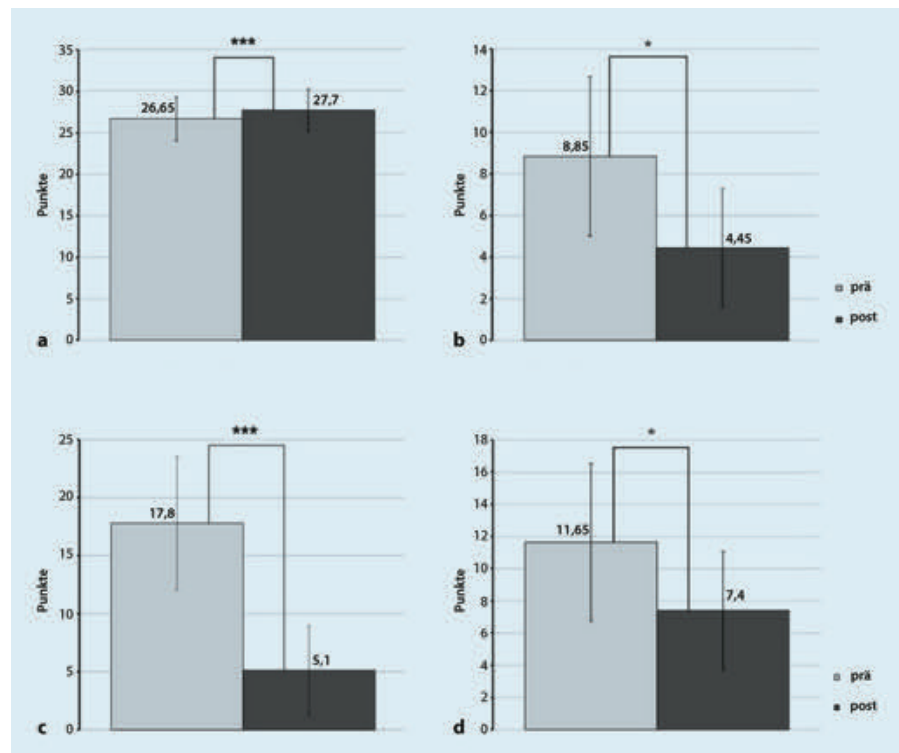


Abb. 1: Prä-Post-Vergleiche

1a Mini-Mental-Status-Examination, 1b Geriatric Depression Scale, 1c Hamilton Depression Scale, 1d Pittsburgh Schlafqualitäts-Index

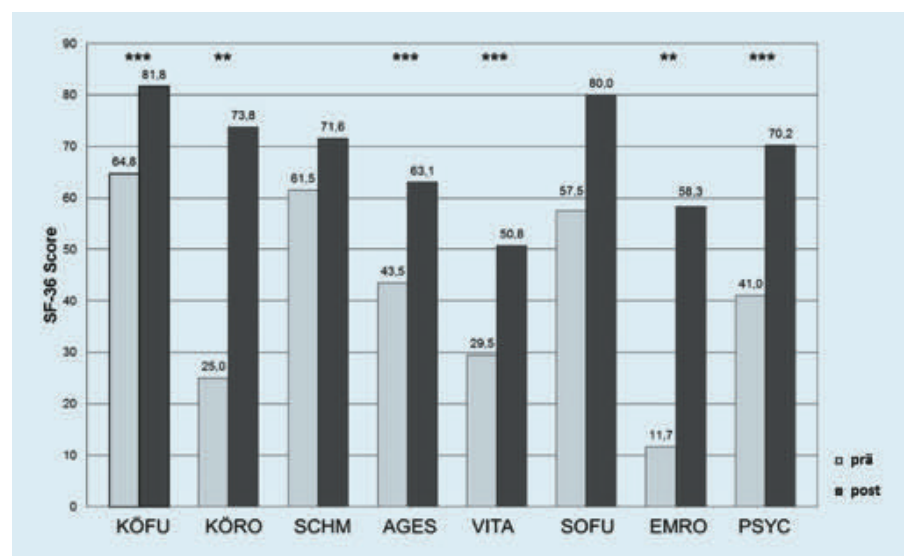


Abb. 2: Prä-post-Vergleich der Subskalen des SF-36 (Abkürzungen s.Text)

Schmerzen (SCHM; $p = 0,28$; in dieser Skala stellen anders als bei den restlichen Skalen niedrige Werte ein hohes bzw. hohe Werte ein niedriges Schmerzerleben dar), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES; $p < 0,001$), Vitalität (VITA; $p < 0,001$), soziale Funktionsfähigkeit (SOFU; $p = 0,12$), emotionale Rollenfunktion (EMRO; $p = 0,002$), psychisches Wohlbefinden (PSYC; $p < 0,001$).

Für die 2 Summenskalen, bestehend aus den Items körperliche Summenskala (KSK) und psychische Summenskala (PSK) zeigte sich folgende Verteilung (Abb. 3): signifikante Verbesserung in der KSK ($p = 0,02$) und hochsignifikant in der PSK ($p < 0,001$).

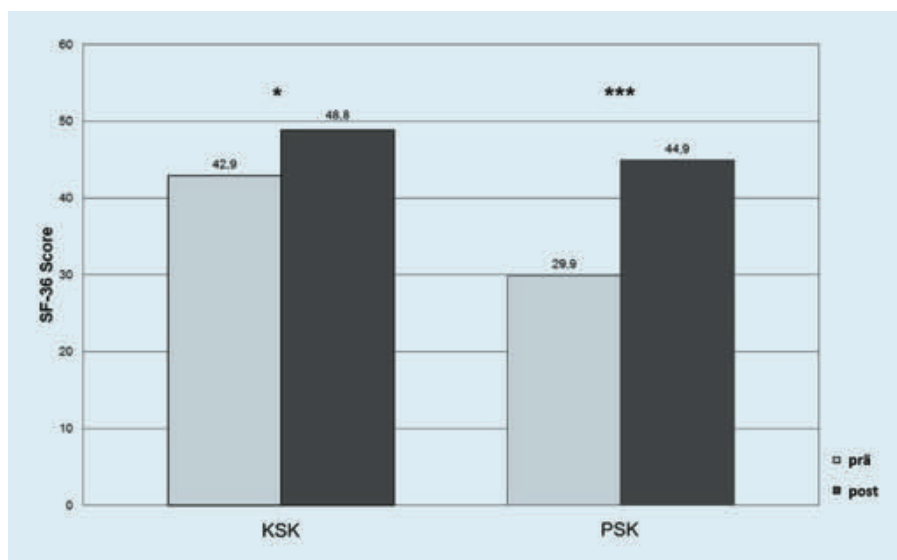


Abb. 3: Prä-Post-Vergleich Summenskalen SF-36 (Abkürzungen s. Text)

Diskussion

Wegen der fehlenden Erfahrung im Bereich der (Ohr-)Akupunktur in der Gerontopsychiatrie war die gewählte Methodik in Form einer Machbarkeitsstudie mit der Kombination aus quantitativen und qualitativen Assessments angezeigt und die Studie gut durchführbar. Unabhängig von der subjektiv wahrgenommenen Verbesserung zeigte die quantitative Auswertung der Testinstrumente im Prä-post-Vergleich eine signifikante Verbesserung in Bezug auf alle erfassten Bereiche der Zielsymptomatik. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass es sich bei der hier vorgestellten Studie nicht um eine Wirksamkeitsstudie handelt und die hier vorgenommene Evaluation lediglich nachweist, dass es durch die neue Therapieform zu keiner Verschlechterung kommt. Auch erhielten die Teilnehmer parallel die Standardtherapie (u. a. medikamentöse Therapie, Einzelgespräche, Physio- und Ergotherapie), welche einen positiven Effekt auf die Zielsymptomatik hat. Die Ergebnisse zeigen, dass die Integration der Ohrakupunktur als neue additive Therapieform in ein bestehendes Konzept

einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik einen enormen Aufwand der zeitlichen und räumlichen Abstimmung erfordert. Demnach sollten die Räumlichkeiten und Therapiezeiten so koordiniert werden, dass es zu möglichst wenigen Einschränkungen zeitgleich stattfindender Therapien kommt und eine Konkurrenz dieser verhindert wird. Hier wurden die Zahl der Teilnehmer der Akupunkturgruppe limitiert und das Angebot nach Abschluss der Studie auf 2-mal wöchentlich reduziert, um eine ausgeglichene Teilnehmerzahl der parallel angebotenen Ergo- und Physiotherapie zu gewährleisten. Aufgrund des entspannenden Effekts wurde die Durchführung der Akupunktur vor dem Mittagessen vorgeschlagen, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Entspannung über das Mittagessen hinaus zu nutzen.

Aufgrund der großen Nachfrage der Teilnehmer nach einer Fortführung der Akupunktur im ambulanten Setting und gleichzeitig der Unwissenheit über Einrichtungen mit einem entsprechenden Angebot wurde dieses Defizit als ein Problem identifiziert. Hier könnte eine

Liste ambulanter Akupunkteure im Umkreis die Suche erleichtern. Ein spezifisches gerontopsychiatrisches Hindernis in Bezug auf die ambulante Weiterbehandlung stellt die eingeschränkte Mobilität der Patienten durch schlecht an öffentliche Verkehrssysteme angebundene Wohnorte, fehlende Fahrtüchtigkeit oder die generell fehlende Möglichkeit, ohne fremde Hilfe eine Praxis aufzusuchen, dar. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Integrierbarkeit in den Alltag mit kurzen Wegen und Wartezeiten, um das Angebot langfristig attraktiv zu gestalten.

Literatur

1. Geib J, Rieger MA, Joos S, Eschweiler GE, Dresler T, Metzger FG (2015) Research article: introduction of auricular acupuncture in elderly patients suffering from major depression: protocol of a mixed methods feasibility study. *Bio-med Res Int* 2015:Article ID 678410.

Akupunktur als Chance

„...da bin ich grundsätzlich dafür: Alles, was nichts mit Medikamenten zu tun hat, alles ausprobieren.“

„Ich sehe den Nutzen auch im Bereich von „medikamentöser Reduzierung““

„...der Pat. sich ...selbstverantwortlich darum kümmert, das weiterzuführen, weil es ihm gut getan hat...“

Enger Terminplan

Durch zusätzliche Therapie wird der Zeitplan für die Patienten enger:

„...Patienten müssen ja auch wissen, wann und wie ... Und der Zeitrhythmen ist schon ein bisschen eng gesteckt, ...sowohl für die Patienten als auch für uns Mitarbeiter.“

Cave: Drohende Konkurrenz zwischen den Therapien!

Therapeutisches Team

Positive Rückmeldungen:

„...die waren alle positiv angetan. Lückenlos!“

„...es ist auch schön für die Patienten, dass die da mal einzeln ... behandelt werden, und das genießen die schon...“

„...ich finde es auch positiv, ...Akupunktur finde ich ...auch gut. Ich selber würde es auch machen, wenn ich Patient wäre.“

Rückmeldungen der Akupunkteure an das Team:

„...Also das bestätigen auch die Akupunkteure, dass sie sehr davon profitieren, dass sie sehr gerne dabei sind und dass sie was Tolles machen können für die Patienten. Und wie gesagt, die Patienten berichten auch gut darüber...“

Autorin + Korrespondenzadresse



Dr. Janina Geib

ist als Assistenzärztin für Psychiatrie und Psychotherapie tätig. Sie hat direkt nach ihrem Studium mit ihrer Akupunkturausbildung begonnen und konnte vor allem im Bereich der Gerontopsychiatrie mehrere Jahre praktische Akupunkturerfahrung sammeln, sowie eigenverantwortlich ein Forschungsprojekt leiten. Sie ist zudem als Redakteurin für die Deutsche Zeitschrift für Akupunktur (DZA) tätig.

Klinik für Psychosomatik
Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern

Hellmut-Hartert-Str. 1
67655 Kaiserslautern

Janina.geib@gmx.de



Abb.: Abschlussfoto der ersten Inhouse-Ausbildung am Anton Proksch Institut Wien – mit dem Ausbildungsteam Juliane Cichy und Thomas Ots (2018)

Dieser Artikel wurde von der Autorin speziell für diesen Reader verfasst

M. Schienle

Überlegungen und erste Erfahrungen zur Anwendung des NADA-Protokolls bei Patienten an einem ambulanten onkologischen Zentrum

– Überlegungen und erste Erfahrungen

Ausgangsüberlegungen

Vor dem Hintergrund von Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll bei traumatisierten Menschen sind Überlegungen zum Einsatz bei onkologischen Patienten durchaus naheliegend. Diese Patienten haben eine schwerwiegende mit großen Ängsten verbundene Diagnose erhalten und bekommen mit der Chemotherapie eine eingreifende, oft ebenfalls angstbesetzte, langwierige Behandlung.

Die Diagnose einer malignen Erkrankung bedeutet eine tiefgreifende Erschütterung. Das Vertrauen in die Integrität des eigenen Körpers wird zutiefst in Frage gestellt. Die Bedrohung stellt sich nicht als vorübergehende Situation dar, die mit Kraft und Durchhaltevermögen zu bewältigen ist, sondern legt sich als dauerhaft begleitender Schatten auf die Lebensperspektive. Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht zehren am psychophysischen Kräftehaushalt, der für die Bewältigung der Situation und der Nebenwirkungen der Chemotherapie stark gefordert ist.

Einführung des NADA-Angebots

Mit dem Gedanken eine unterstützende Akupunktur anzubieten, stieß ich bei den Kollegen der onkologischen Praxis auf Interesse und Zustimmung. Rasch war ein Infoblatt für Patienten erstellt („Akupunktur als unterstützende Begleitung in der onkologischen Behandlung“), welches in der Praxis ausgelegt wurde. Darüber hinaus sprachen die Kollegen und Praxismitarbeiter Patienten an, wo sie eine zusätzliche Unterstützung wünschenswert erachteten. Angehörige – in erster Linie Partner – wurden mit eingeladen. Diese sind durch die Situation ebenfalls belastet, müssen mit Ängsten umgehen und haben oft kaum Ansprechpartner.

Binnen kurzem konnte ich mit einer kleinen Gruppe von 5 Teilnehmern starten. Nach eher schleppender Nachfrage in den ersten Monaten ist die Gruppe mit 10 Plätzen meist voll besetzt und es besteht eine Warteliste. Die Patienten bekommen beim ersten Ter-

min nochmals weitere Informationen, haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und unterschreiben nach ausführlicher Besprechung den Aufklärungsbogen. Die Hauptmessage wurde unter Mitarbeit der Patienten auf den Nenner gebracht:

„Chemotherapie GEGEN den Krebs, Akupunktur FÜR den Organismus, für Leib und Seele“.

Überlegungen zum Setting und Durchführung

Ist die für die NADA-Akupunktur typische Gruppenbehandlung hier angemessen?

An einem ambulanten onkologischen Zentrum haben wir es mit Patienten zu tun, die sich in Lebensalter, persönlicher Situation im weitesten Sinne (psychosoziale Situation, Gruppenerfahrung usw.) stark unterscheiden und die darüber hinaus im Rahmen der onkologischen Behandlung untereinander kaum Berührungspunkte haben. Können wir diese Menschen ohne wesent-

liche Vorbereitung einfach zu einer Gruppe zusammenfassen? Wird das akzeptiert?

Wir haben uns nach folgenden Überlegungen bewusst für die Behandlung in der Gruppe entschieden:

Eine Krebserkrankung führt zunächst eher in Einsamkeit: warum gerade ich? Wem kann ich meine Diagnose zumuten? Muß ich nicht auch meine Angehörigen schützen? Trage ich Schuld an meiner Erkrankung? Scham, Selbstvorwürfe, all dies sind Fragen, mit denen unsere Patienten vor allen zu Beginn der Erkrankung eher allein sind. Trotz enormer medizinischer Fortschritte besteht noch ein Bedarf an psychosozialen Angeboten, die diesen Bereich aufgreifen. Mit dem NADA-Protokoll steht ein niedrigschwelliger, kostengünstiger nonverbaler Ansatz zur Verfügung.

Die Akupunkturgruppe wird am frühen Abend nach dem Schluss der regulären Praxis im dortigen großzügigen Behandlungsraum mit bequem anpassbaren Stühlen durchgeführt. In den ersten Sitzungen wirkten die Patienten sehr vereinzelt. Ich beobachtete kaum eine persönliche Kontaktaufnahme, kaum ein Gespräch. Langsam kam es zu kleinen persönlichen Kontakten, Patienten bemerkten, wenn jemand fehlte und stellten Vermutungen an, wie es diesem wohl gehe. Im weiteren Verlauf intensivierte sich der Kontakt: Austausch über persönliche Betroffenheit („Kaum war ich in der Rente, dann das...“, „ich habe es mir so anders vorgestellt“...), über eigene Wege zur Bewältigung, ein gegenseitiges sich Hoffnung geben, eine schwerkranke Patienten wird von Gruppenmitgliedern nach Aufnahme auf die Palliativstation besucht). Während der Nadelung legen alle Wert auf Ruhe; davor und danach gibt es lebhaftes Gespräche.

Die Gruppe findet wöchentlich statt.

Grundsätzlich werden die standardisierten fünf, manchmal auch nur drei NADA-Punkte gesetzt.

Häufig zusätzlich Yintang und Du20.

Seltener wenige symptombezogene Ohr- oder Meridianpunkte (Pe6, Di4, Di11, Ma36).

Anders als in Suchtgruppen habe ich nie konkurrierende Nachfragen bezüglich zusätzlicher Punkte erlebt.

Fast alle PatientInnen desinfizieren zu Beginn die Ohren selbst. Wenn alle genadelt sind, wird es ohne Aufforderung im Raum still. Wir verwenden keine Hintergrundmusik. Die Nadeln entferne ich (in Deutschland werden die Nadeln normalerweise von den PatientInnen selbst entfernt) mit einem kurzen Blick auf das Befinden meiner PatientInnen.

Beobachtungen und Erfahrungen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Patienten sehr regelmäßig zur Behandlung kommen. Inzwischen nahmen mehrere Paare an der Gruppe teil; sie schätzten diese Möglichkeit sehr. Eine schwer depressive Partnerin in tagesklinischer psychiatrischer Behandlung erlebte nach lang anhaltender depressiver Phase eine deutliche Besserung in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Akupunktur, andere genossen die Ruhe. Die Patienten selbst gaben an, entspannen zu können innerlich ruhiger zu werden, besser schlafen zu können. Ein Patient äußerte spontan:

„ das ist wie Meditation, das habe ich früher gemacht“.

Patienten mit beruflicher oder familiärer Belastung schätzen das Angebot als eine Zeit nur für sich – ein ruhiger, ungestörter Ort, wo sie verweilen dürfen. Deutlich wird, dass die Patienten dieses zur-Ruhe-kommen

auch als wichtigen Faktor in ihrem Prozess mit der Krebserkrankung werten. Positiv wird erlebt, dass sie in eigener Entscheidung etwas Zusätzliches für sich tun. Dieses Bewusstsein habe ich bislang vor allem bei jüngeren PatientInnen beobachtet. Bei Älteren taucht immer wieder die Frage auf, was die Akupunkturbehandlung wohl konkret im Rahmen der Krebserkrankung „macht“. Hier verweise ich auf die Möglichkeit zu mehr innerer Ruhe und Ordnung zu kommen und so Zugang zu inneren Kräften zu finden, die unterstützen die schwierige Situation besser zu bewältigen. Dies kann helfen ein Quäntchen Lebensqualität wieder zu gewinnen.

Auf Symptomebene ist eine meist rasch einsetzende Verbesserung des Schlafes am deutlichsten. Außerdem berichten PatientInnen über eine Reduktion von Übelkeit, Kopf- und Rückenschmerzen. Yin Tang wird als hilfreich bei chemotherapiebedingter Trockenheit der Nasenschleimhaut (Krustenbildung, Nasenbluten) empfunden.

PatientInnen in schon sehr schlechtem, austherapierten Zustand kommen so lange es irgendwie geht („Ich friere immer, aber während der Akupunktur entsteht eine innere Wärme“ ich fühle mich lebendiger“).

Bei insgesamt nur einer Patientin kam es vorübergehend während der Nadelung zu vermehrter Unruhe. Darüber hinaus wurden negative Wirkungen oder Erfahrungen bislang nicht beobachtet.

Zusammenfassung

Die Gruppe besteht seit 5 Jahren. Es wurden insgesamt etwa 100 PatientInnen behandelt.

- » Seitens der Patienten besteht eine kontinuierliche Nachfrage.
- » Die Onkologen schätzen es, in ihrer Praxis ein zusätzliches Angebot zu haben.

- » Das typische Gruppensetting hat sich sehr bewährt.
- » Es entsteht eine ruhige, tragende Atmosphäre, in der sich die Patienten wohlfühlen und die mitfühlende Kontakte möglich macht.
- » Die Patienten kommen sehr regelmäßig und häufig – sofern Plätze verfügbar sind – über einen längeren Zeitraum in der Gruppe.
- » In vielen Fällen wird eine deutliche Verbesserung des Schlafes berichtet.
- » Die Teilnahmemöglichkeit für PartnerInnen wird gerne wahrgenommen.

Autorin + Korrespondenzadresse



Dr. med. Magdalena Schienle

Ärztin, Psychotherapie, Suchtmedizin, NADA-Trainerin seit 1996.

Langjährige Tätigkeit in der stationären Suchtrehabilitation; dort 1995 Einführung des NADA-Protokolls.

z.Zt. psychotherapeutische Sprechstunde und Akupunktur am Zentrum für seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart,

Akupunktur am Zentrum für ambulante Onkologie in Schorndorf.

magdalena.schienle@web.de



Abb.: Auch bei Säuglingen können mit etwas Übung Magnetpflaster geklebt werden: einerseits nach Durchführung der Laserakupunktur zwecks Wirkungsverlängerung, andererseits auch als alleinige Therapie.

Stark gekürzte Fassung aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2014;57,12-17

W. Raith

Laserakupunktur als unterstützende Therapie beim Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie:

- Erste Ergebnisse einer Pilotstudie

Schlüsselwörter

Neonatales Abstinenz-Syndrom, Laserakupunktur, NADA-Akupunktur

Zusammenfassung

Einleitung: Ein NAS = Neonatales Abstinenz-Syndrom tritt bei Neugeborenen auf, deren Mütter in der Schwangerschaft einen Drogenabusus betreiben bzw. unter Substitutionstherapie stehen. Ziel dieser Studie war es festzustellen, ob Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie von einer unterstützenden Therapie mit Laserakupunktur profitieren.

Methode: Es handelt sich um ein Pilotstudie im Sinne einer randomisierten, observer-geblindeten, monozentrischen Studie an der Klinischen Abteilung für Neonatologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz. Zur Laserakupunktur wird ein III b-Klasse Laser verwendet. Die Laserakupunktur wird anhand eines standardisierten Protokolls – fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls kombiniert mit Körper

akupunktur (Di 4, He 7, Ni 3, Le 3) –, jeweils beidseitig durchgeführt.

Ergebnisse: Seit Beginn des Pilotprojektes (2008–5/2012) wurden 20 Kinder mit der Diagnose NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie in die Studie eingeschlossen.

Schlussfolgerung: Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie, bei denen regelmäßig eine Laserakupunktur am Ohr und am Körper durchgeführt wird, benötigen eine statistisch signifikant kürzere medikamentöse Morphintherapie als Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie ohne Laserakupunktur (IG = 28,4 Tage vs. KG = 39,8 Tage, $p < 0,05$).

1. Einleitung

Schon lange ist das Entzugssyndrom beim Neugeborenen (NAS = Neonatales Abstinenz-Syndrom) bekannt. Ein NAS tritt bei Neugeborenen auf, deren Mütter in der Schwangerschaft einen Drogenabusus betrieben oder unter Substitutionstherapie standen.

Die ersten klinischen Symptome treten meist 24–72 h nach der Geburt auf. Das Gesamtbild eines NAS

setzt sich aus zentralnervösen, gastrointestinalen, respiratorischen und vegetativen Symptomen zusammen.

Die klinische Einschätzung erfolgt mittels eines eigenen Scoring-Systems. International hat sich hauptsächlich der von Loretta Finnegan entwickelte Finnegan Score etabliert. Dieser bzw. die in den USA häufig verwendeten modifizierten Scores

gelten als anerkannt und aussagekräftig, da eindeutig das „gesunde“ Neugeborene als unauffällig beurteilt werden kann und zudem auch kein geschlechtsspezifischer Unterschied besteht. Die Therapie eines NAS folgt in der Regel einem multimodalen Regime, basierend auf einer medikamentösen Therapie.

Als Therapie der ersten Wahl beim

NAS wird eine oral verabreichte Morphinlösung empfohlen.

Vereinzelte Studien finden sich mit einem ganzheitlichen Therapieansatz bzw. Unterstützung mittels Akupunktur.

Akupunktur in der Suchtmedizin ist keinesfalls neu. 1973 veröffentlichte der Hongkonger Neurochirurg Dr. Wen seine Erfahrungen mit der suchtlindernden Wirkung der Ohrakupunktur. Diese Erfahrungen wurden vom Psychiater Dr. Michael Smith und Mitarbeitern der Drogenambulanz des staatlichen Lincoln Hospitals, New York, weiterentwickelt. Grundlage des Protokolls ist die Kombination von fünf Akupunkturpunkten im Ohr. Es zeigte sich, dass diese Art von Ohrakupunktur unabhängig von der Art des Suchtmittels wirksam war. Dieses Behandlungsprotokoll wurde in den 1980er-Jahren zu einem Modell, das sich in den USA als „Behandlung nach dem NADA-Protokoll“ etablierte und außerhalb der USA vor allem in europäischen und asiatischen Ländern Fuß gefasst hat. Im deutschsprachigen Raum beschrieb H. G. Marx, ein Schüler Bischkos, als Erster den sinnvollen Einsatz von Akupunktur in der Entzugsbehandlung von chronisch Alkohol- und Drogenkranken. Marx beschrieb folgende positive Effekte von Akupunktur: Minderung von vegetativen Störungen, Minderung des Suchtverlangens, Verbesserung des Schlafs, Reduzierung von Krampfanfällen, und Verbesserung der Compliance für die gesamte Behandlung. Marx konnte sich allerdings nicht durchsetzen. Im Gegensatz hierzu kann das NADA-Protokoll für die Therapie der Sucht und in zunehmendem Maße zur begleitenden Therapie psychiatrischer Patienten als gut etabliert beurteilt werden.

Über eine Akupunkturbehandlung beim Neugeborenen mit NAS gibt es bisher nur Ansätze in der Literatur sowie vereinzelte Fallberichte. Studienergebnisse wurden bis-

her noch nicht veröffentlicht. Über eine Akupressurbehandlung von Neugeborenen mit NAS bzw. eine akupunkturgestützte Therapie der abhängigkeitskranken schwangeren Frau finden sich vereinzelte Berichte, die einen positiven Effekt dieser Therapie zeigen, bei der Reduzierung der medikamentösen Therapie des Neugeborenen mit NAS bisher aber über keine nennenswerten Erfolge berichten konnten.

2. Zielsetzung

Ziel dieser Studie war es, festzustellen, ob Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie von einer unterstützenden Therapie mit Laserakupunktur profitieren.

3. Methode

Probanden: Die Studie wird an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Abteilung für Neonatologie durchgeführt. Die Eltern der Probanden wurden über die Untersuchung aufgeklärt und gaben schriftlich ihr Einverständnis. Die Untersuchung wurde durch die lokale Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz genehmigt.

Studienablauf: Es handelt sich um eine Pilotstudie im Sinne einer randomisierten, observer-geblindeten, monozentrischen Studie. Beide Gruppen erhalten die gleiche medikamentöse Therapie, basierend auf einer Morphintherapie in Kombination mit einem Sedativum, entsprechend einem standardisierten Behandlungsprotokoll.

Die Modifizierung der Morphintherapie erfolgt durch den Finnegan Score, der 3 × tgl. vom Pflegepersonal und dem diensthabenden Arzt erhoben wird.

Bei der Erstvorstellung des Kindes

erfolgt auch gleichzeitig die Randomisierung mittels des Randomisierungsprogrammes des Instituts für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation. Die Interventionsgruppe (IG) erhält die Akupunkturtherapie, die Kontrollgruppe (KG) erhält keine Akupunktur.

Die Neugeborenen mit NAS beider Gruppen wurden jeden Tag in einen eigenen Behandlungsraum zum Akupunkturarzt gebracht. Weiteres Personal war nicht anwesend. Der Akupunkturarzt behandelte hier die Kinder der Interventionsgruppe (IG). Die Neugeborenen der Kontrollgruppe (KG) verbrachten denselben Zeitraum allein mit dem Arzt im Behandlungsraum. Nach festgelegter Zeit wurden die Kinder dann wieder zurück auf die Station gebracht. Durch dieses Procedere war garantiert, dass es für das Behandlungsteam nicht erkennbar war, ob das jeweilige Neugeborene mit Lasertherapiert worden war oder nicht.

Akupunkturtherapie

Es wurden die Punkte bzw. Areale des NADA-Protokolls eingesetzt. Ohrakupunkturpunkte:

Vegetativum = Punkt 51, Shen Men = Punkt 55, Niere = Punkt 95, Leber = Punkt 97, Lunge = Punkt 101. Zusätzlich erhielten die Neugeborenen eine Akupunktur an folgenden vier Akupunkturpunkten: Le 3, DI 4, Ni 3, He 7

Die Laserakupunktur wird mit einem III b-Klasse Laser: LABpen® MED 10: Wellenlänge 675 nm, Leistung 10 mW (Firma Behounek, Graz, Österreich) durchgeführt.

Die Laserakupunktur wird in ruhigem Zustand – ca. 1 h nach dem Füttern und der Gabe von Morphinlösung angewendet. Das ist deshalb wichtig, weil die Kinder nur so ruhig genug sind, um sie akupunktieren zu können.

Am Ohr beträgt die Behandlungsdauer/Ohrpunkt: 30 sec an den Körperakupunkturpunkten beträgt die

Behandlungsdauer/Akupunkturpunkt 60 sec.

Statistik: Alle Daten werden als Median (und Range) angegeben, die statistische Auswertung erfolgte mittels Mann Whitney U-Test.



Abb. 1: Laserakupunktur am Akupunkturpunkt Dickdarm 4 (Di 4 = Hegu) mit dem LABpen® MED 10: Wellenlänge 675 nm, Leistung 10 mW

4. Ergebnisse

Seit Beginn des Pilotprojektes (2008–5/2012) wurden 27 Kinder mit der Diagnose NAS stationär in der Abteilung aufgenommen. 20 Neugeborene mit einem NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie konnten in die Studie eingeschlossen werden. Sieben Neugeborene mit NAS entsprachen nicht den Einschlusskriterien, da das NAS durch einen Drogenabusus ($n = 3$) bedingt war bzw. die Einverständniserklärung für die Studie nicht unterschrieben wurde ($n = 3$). Bei einem weiteren Neugeborenen wurde die Mutter besachwaltet, die Einverständniserklärung für die Studie konnte nicht zeitgerecht unterschrieben werden.

Die Zuordnung zur IG und KG

erfolgte randomisiert. In beiden Gruppen wurden bisher je zehn Kinder eingeschlossen. Von den randomisierten zehn Kindern der KG mussten im Verlauf zwei Kinder exkludiert werden: Ein Kind erkrankte während der Entwöhnung von der Morphinlösung an einer Gastroenteritis (der virologische Befund war Adeno- und Rotavirus positiv). Beim zweiten Kind hatte der Alkoholkonsum der Mutter während der gesamten Schwangerschaft – im Verhältnis zur Substitutionstherapie – deutlich im Vordergrund gestanden, sodass die Diagnose dieses Kindes als nicht reversible kindliche Schädigung durch Alkoholmissbrauch im Sinne eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS), (ICD 10: Q86.0 Alkohol-Embryopathie mit Dysmorphien), gestellt werden musste.

Da bei den meisten Kindern mit FAS, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, eine lebenslang körperliche und auch geistige Retardierung bestehen bleibt und daher die Grenze zwischen reversibler Beeinträchtigung durch das NAS und irreversibler Schädigung durch Alkohol unklar ist, wurde dieses Kind nicht in die Studie eingeschlossen.

In der Akupunkturgruppe (IG $n = 10$) musste kein Kind exkludiert werden.

Bei den Basisdaten der Neugeborenen beider Gruppen besteht kein Unterschied.

5. Diskussion

Es handelt sich bei diesem Pilotprojekt um die erste wissenschaftliche Aufarbeitung der Daten von Neugeborenen mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie, bei denen eine Laserakupunkturtherapie durchgeführt wurde, wobei beide Gruppen die gleiche medikamentöse Basistherapie entsprechend einem internationalen standardisierten Behandlungsprotokoll erhielten. Weder das Pflegepersonal noch die betreuenden Ärzte (observer

blinded) wussten, welcher Gruppe der jeweilige Patient zugeordnet war. Der die Akupunkturbehandlung durchführende Arzt wurde in die Beurteilung und medikamentöse Therapie des NAS nicht mit einbezogen. Auch gab es zwischen dem Akupunkturarzt und Kollegen und dem Pflegepersonal keine weitere Kommunikation zum jeweiligen Kind. Nach Entlassung wurde die Krankengeschichte des jeweiligen Kindes dem Prüfarzt übermittelt und entsprechend dem Studienprotokoll aufgearbeitet. Nach Entlassung der ersten 20 randomisierten Kinder erfolgte eine statistische Analyse.

Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie, bei denen eine Laserakupunktur am Ohr (entsprechend dem NADA-Protokoll) kombiniert mit Körperakupunktur durchgeführt wurde, benötigten eine statistisch signifikant ($p < 0,05$) kürzere medikamentöse Basistherapie mit Morphinlösung (IG = 28,4 Tage) als Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie ohne Laserakupunktur (KG = 39,8 Tage).

Es fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Höhe des mittleren maximalen Finnegan Scores (IG = 17,8 vs. KG = 18,2) oder der mittleren maximalen Morphintherapie pro kg Körpergewicht (IG = 0,16 mg vs. KG = 0,17 mg). Allerdings hatten die Neugeborenen in der IG-Gruppe ihre stärksten Entzugssymptome etwas früher als die Neugeborenen in der KG (IG = 3,2 Tag vs. KG = 5,2 Tag). Dies korreliert auch mit der maximalen Höhe der verabreichten Morphintherapie, die in der IG etwas früher erreicht wurde als in der KG (IG = 5,2 Tag vs. KG = 6,8 Tag), wobei keine Unterschiede in der Höhe des maximalen Finnegan Scores zu diesem Zeitpunkt bestanden.

In dem von uns erarbeiteten Protokoll haben wir die Ohrakupunktur zusätzlich mit Körperakupunktur

Neonatale Daten der eingeschlossenen Neugeborenen mit NAS beider Gruppen		
N	20	
	Interventionsgruppe (Akupunktur)	Kontrollgruppe
N	10	8
m/w	6/4	3/5
mittleres Geburtsgewicht (g)	2914 (1.740–3.600)	2715 (2.170–3.112)
Small for date	2	3
Reif-/Frühgeburt	9/1	8
NA ph	7,28	7,28
APGAR 1	9	8
APGAR 2	10	10
APGAR 3	10	10
Mikrozephalie	1	1

Tabelle 1

erweitert. Bei den meisten chronischen Drogenkranken zeigen sich Symptome von überschießendem Yang: Schlafstörungen, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, diffuse Schmerzen, Muskelzittern, zeitweilig extreme innere Unruhe, übermäßige Aggressivität und/oder auch Ängstlichkeit. Diese Symptomatik wird in der Chinesischen Medizin mit der treffenden Metapher „Leere Feuer“ bezeichnet. Der Grund für die überschießende, oft exzessive Symptomatik liegt in einer chronischen Schwäche des Patienten, einer Leeresituation. Die Yin-Struktur und die Yin-Funktionen verschiedener Organe/Funktionskreise sind geschwächt. In der Entzugssituation verstärken sich diese Symptome sowohl beim Erwachsenen als auch beim Neugeborenen, wobei für das Neugeborene zusätzlich erschwerend dazukommt, dass das Kind auch insgesamt wenig Nieren-Qi „erbt“ hat, da die Mutter durch die chronische Drogenkrankheit schon primär geschwächt ist. Diesbezüglich und unterstützt durch die Publikation von Janet Konefal et al. bei

der eine Kombination von Ohr- und Körperakupunkturtherapie zu einem besseren Erfolg in der Entzugsbehandlung führte, erweiterten wir die Ohrakupunktur um folgende Akupunkturpunkte:

- » Le 3: Tai Chong: als Quellpunkt des Leber-Meridians (zirkuliert

Qi im ganzen Körper, senkt aufsteigendes Leber-Yang/ eliminiert inneren Wind, reguliert/bewegt Leber-Blut, tonisiert Leber-Yin und -Blut, beruhigt Leber-Qi und den Geist,

- » Di 4: Hegu: Ursprungs-Qi-Punkt und Hauptpunkt des Schmerzes,
- » Ni 3: Tai Xi: steuert Nierenenergie – reichert das Yin an und beruhigt die Leber, lässt das Yang sinken,
- » He 7: Shen Men: als Hauptpunkt bei psychischer Unruhe.

Die Diskussion über die Auswirkung der unterschiedlichen Medikation inkl. Beikonsum und Nikotinabusus ist natürlich berechtigt, allerdings zeigen die bisherigen Erfahrungen mit NADA-Akupunktur, dass diese Art von Ohrakupunktur unabhängig von der Art des Suchtmittels wirksam ist. Für eine Subgruppenanalyse der einzelnen Substitutionsmedikamente ist die bisherige Studienpopulation allerdings zu gering.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist in der Länge des stationären Aufenthaltes (s.l.: IG = 35 Tage vs. KG = 48 Tage) zu sehen, welche statistisch signifi-

Ergebnisse der bisher ausgewerteten Neugeborenen			
	Interventionsgruppe (Akupunktur) IG	Kontrollgruppe KG	
N	10	8	
m/w	6/4	3/5	
Maximaler mittlerer Finnegan Score	17,8	18,2	p > 0,05
Am Tag der Therapie	3,2 Tag	5,2 Tag	p > 0,05
Max. Einzel-Dosis der Morphinlösung (0,4 mg/kg)	0,16 mg/kg	0,17 mg/kg	p > 0,05
Am Tag der Therapie	5,2 Tag	6,8 Tag	p > 0,05
Morphintherapie Dauer in Tagen	28,4 0–40	39,8 24–57	p < 0,05
Länge des Spitalaufenthalts	35 19–60	48 35–63	p < 0,05

Tabelle 2

Übersicht über die Substitutionstherapie und den Beikonsum (inkl. Nikotinabusus) der Mütter, der randomisierten Neugeborenen mit NAS, während der Schwangerschaft

Substitutionstherapie während der Schwangerschaft		
	Interventionsgruppe (Akupunktur) N=10	Kontrollgruppe N=8
Methadon	1	1
Substitol (Morphinsulfat-Pentanhydrat)	3	4
Compensan (Morphinhydrochlorid-Trihydrat)	4	3
Subutex (Buprenorphin)	2	-
Beikonsum + Nikotinabusus während der Schwangerschaft		
Beikonsum (Mehrfachnennung möglich)		
Benzodiazepine	2	3
Analgetikum	4	3
Antidepressivum	8	4
Nikotinabusus		
0	2	1
< 10	4	4
> 10	4	3

Tabelle 3

($p < 0,05$) ist, wobei der Zeitpunkt der Entlassung in erster Linie von der Länge der medikamentösen Basistherapie abhängig ist. Bisweilen verzögern aber auch schwierige soziale Umstände eine Entlassung. Deshalb darf dieser Parameter nur mit Einschränkungen betrachtet werden.

Bei keinem der Kinder kam es unter der durchgeführten Laserakupunktur zu klinisch sichtbaren Veränderungen an der Hautoberfläche.

6. Schlussfolgerung

Bei Neugeborenen mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie, bei denen eine Laserakupunktur (LABpen® MED 10: Wellenlänge 675 nm, Leistung 10 mW) am Ohr (entsprechend dem NADA-Protokoll: Vegetativum = Punkt 51, Shen Men = Punkt 55, Niere = Punkt 95, Leber = Punkt 97;

Lunge = Punkt 101) kombiniert mit einer Körperakupunktur (DI 4, He 7, Ni 3, Le 3) durchgeführt wird, benötigen eine statistisch signifikante kürzere medikamentöse Morphintherapie als Neugeborene mit NAS aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie ohne Laserakupunktur (IG = 28,4 Tage vs. KG = 39,8 Tage, $p < 0,05$). Aufgrund der positiven Tendenzen dieses Pilotprojektes wurde diese Studie nun als randomisierte klinische Studie im Deutschen Register Klinischer Studien (Registration trial DRKS00004302/ sichtbar auch auf WHO <http://apps.who.int/trialsearch/>) angemeldet.

Literatur

Wegen des starken Umfanges wurde die komplette Literatur dieser Printversion entfernt, ist aber in der Vollversion auf unserer Homepage (<https://www.nada-akupunktur.at>) nachlesbar.

Autor + Korrespondenzadresse



Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Raith

Mein Weg führte mich über die Ausbildung an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz an die Klinische Abteilung für Neonatologie, wo ich von 2006-2018 als Oberarzt tätig war.

Mein wissenschaftliches Interesse galt schon sehr früh der Erforschung von sogenannten „alternativen“ Heilmethoden und deren Integration in die Kinderheilkunde. Im Jahre 2014 erfolgte die Habilitation an der Medizinischen Universität Graz, mit dem Thema Akupunktur in der Neonatologie. Seit April 2019 bin ich nun in meiner eigenen Ordination tätig.

www.kinderarzt-graz-geidorf.at



Abb.: Nach 2015 fand 2018 bereits die zweite Inhouse-Ausbildung am LKH Hall statt – hier mit dem Ausbildungsteam Stefanie Gruber und Thomas Ots..

Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2019;62,1:37-38
<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0142-3>

R. Raben

NADA – der Wert des Nonverbalen

*„There are times when verbal interaction is trampling on the flowers.
Non-verbal treatment is important because no trust is needed at first.
Make people feel safe.“*

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



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

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

gingen.
Jeder darf hierher zur Akupunktur kommen, montags und donnerstags, 17–19 Uhr.
Alle bekommen hier vor der ersten Akupunktur ein Infoblatt. Sie wissen, dass sie auch ein persönliches Gespräch haben können, wenn sie wollen, und dass sie für weitere Behandlungen willkommen sind.

Ins Gleichgewicht kommen

Wer hierher kommt, probiert etwas aus, obwohl er noch nicht vertraut, und er muss nicht gleich alles zur Sprache bringen: die Ängste, Beschwerden, die desolate Lebenssi-

tuation, sein Alkoholproblem, das, was ihn am meisten stresst und an den Rand bringt. Traumatisierten hat es oft ohnehin „die Sprache verschlagen“. Am Anfang braucht er nur die Bereitschaft sich die Ohren behandeln zu lassen. Die Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll zeigen: Akupunktur ist auch dann hilfreich, wenn der Patient die Gründe seines Kommens verschweigt oder aus Scham darüber nicht sprechen möchte oder einfach dazu noch nicht in der Lage ist (Abb. 1). Der Patient kann im Sitzen die Kontrolle behalten und in einer Gruppe sehen, wie die Behandlung auch bei anderen vor sich geht.

„Das hilft mir“
„Hier fühl ich mich sicher“
„Ich konnte danach wieder schlafen“

Viele Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie, Sucht- und Traumatherapie haben das NADA-Protokoll mit seinem speziellen Stil in ihr Therapiekonzept integriert, ambulant und stationär. Auch Demenzpatienten in der Gerontopsychiatrie akzeptieren so eine Behandlung.

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

Auf diese Weise hilft Akupunktur beiden:

- » Beim Patienten kann Vertrauen leichter entstehen, wenn er merkt, dass ihm geholfen wird, ohne dass er dafür etwas leisten muss: In seinem Inneren „leistet“ er womöglich bereits viel. Er fühlt sich ausgeglichener und stärker, vielleicht bereit für den nächsten Schritt in der Behandlung.
- » Für die Ärztin oder den Therapeuten: Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung (verbal, medizinisch, sogar operativ) kann hinausgeschoben werden. Diese Beziehung kann sich ohne Druck und Konfrontation entwickeln. Ein wirkliches Gespräch also erst dann, wenn der Patient dafür offen ist oder danach fragt.

„Einfach und wirksam“
„Keep it simple!“

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

sich jetzt und hier behandeln zu lassen. Alles andere kommt später. Auch das Vertrauen. Ein respektvoller Umgang und eine einfache, sichere, ungefährliche Therapie ohne Kontraindikation sind für diese Situation ideal.

„Ich bin nicht mehr so aggressiv“
„Ich habe weniger Stress“
„Ich trinke weniger“

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

Zwei Katalysatoren für gute Medizin: Neugier und Zuversicht

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

- » Wenn ein Patient merkt, dass eine derart einfache Behandlung in ihm spürbare körperliche und geistige Bewegungen auslöst, gibt ihm das die Zuversicht, dass sich doch noch etwas ändern kann: „Ich bin intakt.“ „Ich bin etwas wert.“ Er kann mehr aushalten: sich selbst und andere und eventuell auch eine Therapie.
- » Wenn wir als akupunktierende Ärzte/Therapeuten öfter miterleben, dass eine derart einfache

Behandlung gute Effekte verursachen kann, ohne jemals zu schaden, werden auch wir zuversichtlicher sein und eher auf die Fähigkeiten vertrauen, die in unseren Patienten stecken.

Wir sind gespannt und bleiben neugierig, was sich bei dem Patienten ändert.

Literatur

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

Autor + Korrespondenzadresse

Dr. med. Ralph Raben

ist Gynäkologe und Geburtshelfer, Gründungsmitglied und langjähriger Vorsitzender der NADA Deutsche Sektion. Er hat neben seiner allgemeinen NADA-Tätigkeit große Erfahrungen mit der NADA-Behandlung abhängiger Schwangerer gesammelt.

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

Leicht veränderter und gekürzter Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2013;56,2:34-35
Doi: 10.1016/J.DZA.2013

Thomas Ots

Leibliches Spüren, Empowerment und Beziehungsfähigkeit

– Zur Phänomenologie der NADA-Ohrakupunktur

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, Phänomenologie der Wahrnehmung, eigenleibliches Spüren, Kohärenzsinn, Empowerment, Glück, Beziehungsfähigkeit

»»» Was ist dran an der Nadel?¹

Die Frage an den Prüfling hieß: „Was ist mit *empowerment* im Kontext von NADA gemeint?“

Die Antwort fiel leicht, denn in der Ausbildung wurde eine Beinahe-Formel oft angesprochen: NADA stärkt Sie, nach der Sitzung sind sie entspannt, aber auch wach.

Da kam mir die Idee, den *agent provocateur* zu spielen: „Wo ist denn der Unterschied, ob ich eine Tablette einnehme und mich gut fühle, oder ob ich einen Raum mit anderen Menschen teile und fünf Nadeln ins Ohr gesetzt bekomme? Bin ich nicht in beiden Fällen pas-

siv? Jemand gibt mir etwas, und dann geht es mir besser. Oder?“

Die Antwort war ein entschiedenes „Nein“. Es gehe um die Wahrnehmung. Es gehe um leibliches Spüren: „Wenn ich eine Tablette einnehme, spüre ich irgendwann den Effekt, bei vielen Psychopharmaka erst nach ein oder zwei Wochen. Ich spüre, dass es mir besser geht, aber zwischen Einnahme der Tablette und dem Effekt besteht keine direkte leiblich wahrnehmbare Beziehung.“²

Und bei NADA?

Das eigenleibliche Spüren

In der NADA-Sitzung werden mir Nadeln gesetzt, fünf auf jeder Seite, vielleicht auch weniger, abhängig davon, was wir zuvor – beim Einführungsgespräch – besprochen haben. Und dann sitze ich. Und ob ich es will oder nicht: Jetzt beginnt das Spüren, das innere Spüren. Wie lange habe ich mich nicht mehr gespürt?

Und wenn ich ein Abhängigkeitskranker bin, dann habe ich diesen Körper nur noch als Ballast empfunden, als Ballast, der mich zum Schwitzen brachte, der meine Hand zittern ließ, als ich mir die Nadel setzen wollte.

Eine richtige Nadel, nicht so eine wie bei der Akupunktur. Eine Nadel, wo etwas hindurchläuft, hinein in

meinen Körper: „Stoff“

Doch jetzt läuft etwas anderes durch meinen Körper, führt mich hin zu Gegenden, die ich lange nicht mehr gespürt habe, die mir lange nicht mehr bewusst geworden sind. Zunächst spüre ich mich dort, wo es Widerstand gibt: die Füße auf dem Boden, mein Hintern auf dem Sitz, mein Rücken und mein Kopf an der

¹ Diese Frage wird oft von Suchtpatienten gestellt, die vorher „an der Nadel“ waren. Er wurde auch Titel der Feier zum 20-jährigen Jubiläum der deutschen NADA im Oktober 2013.

² Zum altmodisch klingenden, aber hochaktuellen Begriff „Leib“: siehe [1, 2, 3, 4]

Lehne des Stuhls...

Ein Seufzer entflucht mir, und dadurch werde ich meiner Atmung gewahr, wie sich mein Brustkorb hebt und senkt. Und vielleicht gluckst mein Darm. Wie das wohl da drin aussehen mag? Ich spüre meine hängenden Schultern und strecke mich etwas: Aha, das also sind meine Rückenmuskeln, meine Schulterblätter. Ich ertappe mich dabei, wie ich an dies und das denke, Erinnerungen kommen daher und verschwinden, Gedanken entstehen. Es dauert eine Weile, und dann habe ich den Eindruck, irgendwie gläsern zu sein. Aber nicht von außen nach innen. Nein, ich bin innen, und innen ist es hell, nicht organ-stofflich, sondern fließend. Ich „ertappe“ mich dabei, dass ich lächele. So schlimm kann es mit mir also nicht sein, wenn ich innen existiere.

Sense of Coherence und Empowerment

Es war Aaron Antonovsky, der in den 70-er Jahren den Begriff *sense of coherence* (SOC) – zu Deutsch „Kohärenzsinn“ – beschrieb und als wichtigen Bestandteil eines gesunden Lebens, der Salutogenese, ansah. [5] Ein weiterer Amerikaner und Sozialwissenschaftler, Julian Rappaport, prägte 1985 den auf die Gesellschaft gemünzten Begriff *empowerment*. [6] Er meinte hiermit Ermächtigung durch Verstehbarkeit, Autonomie und Selbstbestimmung, das Gefühl von Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit – im Gegensatz zum Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit. [7]

Und was ist im gesundheitlichen Kontext die Basis des Erkennens? NADA ist das Kind des Psychiaters Michael Smith, der mit gewissen körperlichen Behinderungen geboren wurde. Diese führten ihn zur Bedeutsamkeit des inneren Spürens, wie er es in einem sehr persönlichen Essay offenlegte:

„Our body makes constant executive

decisions. It determines priorities on many complex levels. The wonderful advantage of acupuncture is that we are able to influence and guide the body's actual executive planning process. We have the privilege of relating to the life process on a high level. Acupuncture input is usually more significant than the person's own conscious desires.“ [8]

Glück von innen

NADA fügt so dem Empowerment als sozialer Größe noch eine weitere Facette hinzu: das eigenleibliche Spüren, das sich-Wahrnehmen als Baustein eines neuen Selbstbewusstseins. Nicht: Ich bin wer, sondern ganz basal: Ich bin, ich leibe. Diese Phänomenologie der Wahrnehmung lässt wachsen, führt zu einem neuen Selbstbewusstsein, führt zum Bewusstsein, dass die Hilfe nicht primär von außen kommt. Dem Therapeuten kommt bei psychischen bzw. Abhängigkeitserkrankungen nur die Aufgabe des „Beraters und Entwicklungshelfers“ zu. [9]

Sicherlich, jemand hat mir Nadeln ins Ohr gesetzt, aber was nun hier passiert, ist meins. Zuvor hatte ich einen geschundenen Körper, nun erfahre ich wieder meinen Leib.

Eigenleibliches Spüren, das Wahrnehmen meiner Selbst, macht Freude. Und Freude macht glücklich. Ich muss nicht wie Voltaire es ausdrückte, beschließen, glücklich zu sein, weil Glück förderlich für die Gesundheit ist. Das geht zwar auch, aber mit NADA ergibt sich Glück aus mir. Glück ist ein Gefühl, erst sekundär ein Gedanke.

Die universelle Wirkung der Akupunktur

Akupunktur hat eine universelle Wirkung, unabhängig von der Diagnose und der spezifischen Therapie, unabhängig davon, ob es sich um Körper- oder Ohrakupunktur handelt. Akupunktur stärkt, da es leibliche Prozesse anstößt. Und die

Grundbedingung, dass ich diesen leiblichen Prozess auch spüre, ist, dass mir Zeit für dieses Spüren gegeben wird.

Deswegen sind die Klienten der NADA-Therapie angehalten, ca. 30 bis 45 Minuten unter Nadeln zu sitzen.

Beziehungsfähigkeit

Der deutsche Philosoph Peter Sloterdijk ist m.E. der erste, der die Kritik an der sog. Cartesianischen Dichotomie „Ich denke, also bin ich“ durch Beziehungsfähigkeit auflöste, indem er sagte: „Du denkst an mich, also bin ich.“ [10]

Und Jorge Bucay, ein angesehener argentinischer Psycho- und Gestalttherapeut, hatte den sattem bekannten Zweifel der Menschheit „Woher komme ich, wo bin ich, und wohin gehe ich?“ verändert in „Woher komme ich, wohin gehe ich, und mit wem?“ [11]

Ähnlich auch die 2014 verstorbene US-amerikanische Schriftstellerin und Bürgerrechtlerin Maya Angelou, indem sie sagte:

„I've learned that people will forget what you said, people will forget what you did, but people will never forget how you made them feel.“ [12]

Das ist es: NADA ist kein Medikament, denn Medikamente tun etwas mit oder in Dir, was dem Medikament, nicht Dir, eigen ist. Medikamente „wollen“ etwas Bestimmtes, in einer definierten Art und Weise.

Doch NADA stößt etwas an in Dir, und du bist erstaunter und begeisterter Zeuge dessen, wie es in Dir und mit Dir weitergeht. Du könntest es unterbrechen, wenn Du wolltest. Du müsstest nur die Hand heben, und die NADA-Therapeutin entfernt die Nadeln. Du gehst hinaus und bleibst, wer Du bis zu diesem Zeitpunkt warst. Aber nur wenige Menschen, die NADA einige Male erfahren haben, wollen dies. Das ist es, warum so viele Menschen nahezu „NADA-verliebt“ werden. NADA eröffnet einen Prozess des

sich-wieder-Spürens, des sich Wiederbelebens [13], über ein neues Selbstbewusstsein hinaus und möglicherweise hinein in eine Welt der Beziehungen: „Ich bin wer, ich kann was, lass es mich anpacken“ ist nur ein Zwischenschritt. NADA ermöglicht ein: „Ich bin wer, ich kann was, lasst es uns anpacken!“

Wir könnten auch sagen, NADA ermuntert mich zu diesem Schritt, hilft mir mutig und beherzt das zu tun, was ich wollte, aber mich nicht traute, weil ich so gehemmt, unverteutend war, zu ängstlich, etwas zu ändern.

An dieser Stelle ist ein gewisser Einwand notwendig: Nicht immer ist dieser Prozess komplett, oft bedarf es besonderer Methoden, um diese Beziehungsebene herzustellen – z.B. verschiedener Formen der Psychotherapie. Deswegen verstehen wir NADA auch als komplementäre Methode. Und wissen wir nicht aus Erfahrung, dass vielen Menschen, die sich der Psychotherapie noch nicht oder nur sehr zögerlich öffnen konnten, auch dieser erste Schritt durch NADA erleichtert und beschleunigt wurde?

»»» Was also ist dran an der Nadel?

Nichts = NADA. Da ist etwas drin – in mir. Was hier geschieht ist ein Akt der „Wiederbelebung“. Und der wiederbelebte Mensch vermag einen Schritt weiter zu gehen und in die Welt hinaus zu treten:

Vom „Ich“ über „Du und ich“ zum „Wir“.

Literatur

1. Merleau-Ponty M. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter, 1966.
2. Schmitz H. *Der Leib (Grundthemen der Philosophie)*. Berlin/Boston: de Gruyter 2011.
3. Fuchs T. *Leib und Lebenswelt*. Kusterdingen: Die Graue Edition, 2008
4. Linck G. *Leib oder Körper – Mensch, Welt und Leben in der chinesischen Philosophie*. Freiburg

/München: Verlag Karl Alber, 2012

5. Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1980

6. <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Spezial%3ASuche&profile=default&search=empowerment&fulltext=Search>

7. Knuf A. Osterfeld M, Seibert U. *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2007

8. Smith MO. *Body Wisdom – Healing Crisis* (Manuskript; persönliche Mitteilung)

9. Stelzig M. *Krank ohne Befund*. Salzburg: Ecowin, 2013

10. . »Man denkt an mich, also bin ich« Interview mit Philosoph Peter Sloterdijk, geführt von Sven Michaelen. sz magazin sueddeutsche.de. Heft 45/2014 Wissen

11. Bucay J. *Drei Fragen: Wer bin ich, wohin gehe ich, und mit wem?* Kindle Edition (amazon) 2013

12. http://www.brainyquote.com/quotes/authors/m/maya_angelou.html#UTgci5xDc35BmGI0.99

13. Milz Helmut. *Historische Wiederbeleibungsversuche*. Rezension von H. Schipperges: *Leiblichkeit. Studien zur Geschichte des Leibes*. PSYCHOLOGIE HEUTE 2002;9: 80

Autor + Korrespondenzadresse



Dr. med. Dr. phil. Thomas Ots

ist Gründungsmitglied und Obmann des Vereines NADA-Akupunktur Österreich und langjähriger Chefredakteur der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur, in der viele Artikel zu NADA erschienen.

Moserwaldweg 11
8042 Graz
+43 (0)650-8843818
ots@daegfa.de

United States House of Representatives



This certificate is hereby presented to the
National Acupuncture Detoxification
Association (NADA)

in recognition of your outstanding achievement and contributions
to providing acupuncture service, education, and training
to the Greater New Orleans community and the 2nd Congressional District.

I want to personally extend to you my sincerest congratulations
as you celebrate your 25th Anniversary on this day,

Friday, March 26, 2010

With warmest personal regards,

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Anh Joseph Cao", is written over a horizontal line.

Anh "Joseph" Cao
Member of Congress

Abb.: Anerkennungsurkunde des US-amerikanischen Repräsentantenhauses für die NADA-Aktivisten, die sich für die Opfer des Hurricanes „C Katrina“ einsetzten (2005).

Gekürzter Nachdruck aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2019;62,1:39-42
<https://doi.org/10.1007/s42212-019-0142-3>

Elisabeth Friedrichs

NADA-Akupunktur in der Arbeit mit Flüchtlingen

Vorbemerkung

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



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

NADA und Flüchtlinge allgemein

Weltweit liegen Berichte über positive Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen vor [1–3]. So berichtet Yarberr aus einem Flüchtlingscamp in Kenia, in dem Geflüchtete aus unterschiedlichen Regionen leben: Als Ergebnis der

Anwendung des NADA-Protokolls haben bei denjenigen, die sich damit behandeln ließen, das Vertrauen untereinander zu- und Aggressionshandlungen abgenommen. Schlafprobleme einschließlich Alpträume seien weniger geworden, Bettnässen bei Kindern ebenso [1].

Das NADA-Protokoll ist einfach und flexibel in der Anwendung und es kann bei vielen gleichzeitig angewandt werden. Zudem kann es mit nahezu allen anderen Therapien kombiniert werden. Es bestehen keine Kontraindikationen. Als nahezu nonverbale Therapie eignet

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

manchmal weniger.

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

ließen sich – unter Wahrung der Diskretion – auch unter Anwesenheit von Männern im Raum behandeln.

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

NADA-Akupunktur mit Flüchtlingen in Augsburg

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

» Von Beginn 2016 bis Mitte 2018 bewegte sich die Zahl der Teilnehmenden meist zwischen 5 und 12,

INFOBOX | Das Grandhotel „Cosmopolis“ in Augsburg

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

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

Stabilität gegeben und sei zu einem festen Bestandteil in ihrem Leben geworden.

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

gingen, wieso die Fluktuation zumindest bis Sommer 2018 sehr hoch und die Teilnehmerzahl sehr unterschiedlich war:

» Viele Flüchtlinge suchen nach Normalität und nicht nach „alternativen“ Heilverfahren an einem „alternativen“ Ort (das sog. Grandhotel). Insbesondere Geflüchtete aus Syrien mit gutem Bildungsniveau hatten hier Bedenken.

» Während des Ramadan war die

Zahl der Teilnehmenden besonders niedrig. Dies lag nicht nur an der Anstrengung des Fastens tagsüber. Einige äußerten Bedenken, weil insbesondere durch die Ohrpflaster ein Teil der Körperoberfläche nicht mit Wasser in Berührung kommen kann, was ihren Vorstellungen von Reinheit während der Zeit des Ramadans widersprach.

» Die Therapie erfordert bei unbegleiteten Minderjährigen das Einverständnis der Erziehungsberechtigten bzw. des Vormunds. Das war nicht immer gegeben.

Nachdem im Sommer die Teilnehmerzahl im Grandhotel Cosmopolis immer weiter abnahm, wurde überlegt, das Angebot der offenen Gruppe zu beenden. Denn viele Geflüchtete sind inzwischen in Deutschland „angekommen“, sie sind inzwischen in Arbeit und damit normal krankenversichert. Es gibt mehr Erfahrung im Umgang mit den Regeln der medizinischen Versorgung einschließlich der Psychotherapie. Einige haben Familien gegründet. Wenn therapeutische Notwendigkeiten bestehen, können sie eher individuell gelöst werden, auch in Ergänzung zu NADA. Für viele Menschen dagegen, bei denen nicht klar ist, ob sie in Deutschland bleiben dürfen, wird es zunehmend unmöglich, in Deutschland Wurzeln zu fassen. Eine (begründete) Angst vor Abschiebung ist inzwischen ein wesentliches Therapiehindernis, so berichten erfahrene Traumatherapeuten. Die Erkrankung Posttraumatischer Stress Disorder (PTSD) aus Erlebnissen in der Heimat oder auf dem Fluchtweg wird neu gefüttert durch neu erlebte oder erwartete Traumata in dem Land, in dem sie sich Zuflucht erhofften. Dies belastet auch viele, die beruflich in diesem Bereich tätig sind.

Seit September 2018 kommen jetzt zu den offenen Gruppensitzungen konstant mindestens 10 Personen,

nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern wesentlich aus einem Personenkreis, der mit dem Thema „Migration“ beruflich zu tun hat, andere aus sozialen Berufen. Die meisten kommen regelmäßig, es besteht also auch in diesem Personenkreis ein Bedürfnis nach dieser niederschweligen Therapie.

Grenzen der NADA-Behandlung

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

Hierzu ein Fallbeispiel aus Augsburg:

Herr M., ein junger Mann, hat ein gesichertes Aufenthaltsrecht in Deutschland und geht einer geregelten Arbeit nach. Er flüchtete vor 8 Jahren allein nach Deutschland. Er wohnte außerhalb von Augsburg und kam anfangs häufig zu den NADA-Sitzungen, brachte auch andere – vor allem junge – Leute mit, um die er sich rührend kümmerte. Bei diesen Sitzungen konnte er – im Gegensatz zu zu Hause – immer 30 min gut schlafen. Nach einigen NADA-Sitzungen entschied er sich für eine individuelle therapeutische Behandlung in meiner Praxis. Dort schilderte er etwas ausführlicher sein Leid: Er könne zu Hause nicht schlafen, da er das Gefühl habe, dauernd beobachtet und verfolgt und in seiner Wohnung auch misshandelt zu wer-

den, wenn er schlafe. Er habe deshalb schon Überwachungskameras eingerichtet. Laut Lehrbuch würde man das als einen Verfolgungswahn bezeichnen (Paranoia). Er war bereits in psychiatrischer Behandlung, empfand sich jedoch bei Einnahme der Medikation als nicht mehr sein eigenes Wesen und hat daher – im Einvernehmen mit der Psychiaterin – die Psychotherapeutika abgesetzt, obwohl ihm wie auch der Psychiaterin klar war, dass sein Leben damit eher schwerer würde.

»» Die Behandlung öffnet verschlossene Patienten für weitere Diagnostik und Therapien

Betrachtet man nun, was er von seiner Lebensgeschichte erzählt, so lässt sich vermuten, dass dem „Wahn“ einer Verfolgung ein Pendant von real Erlebtem entspricht. Er schildert Erlebtes und ergänzt, im Grunde sei dies alles aber nicht schlimm gewesen. Zu Hause sei er stark gewesen, habe alles im Griff gehabt. Sein derzeitiges Leiden habe mit dem damals Erlebten nichts zu tun. Jetzt sei er jedoch schwach und eigentlich kein richtiger Mann mehr. In seinem Heimatland musste er bereits im Alter von 12 Jahren, nach dem Tod seines Vaters, auf dem Land die Verantwortung für die Familie übernehmen. Er wurde sehr früh verheiratet. Herr M. musste als Kind Massaker mit ansehen. Im Dorf seien Menschen öffentlich aufgehängt worden, die Leichen hätten tagelang gehangen. Menschen seien in den Häusern misshandelt worden. Über ihm angetane persönliche Misshandlungen sagt er, da sei nichts gewesen. Nachdem er sich in Deutschland von Männern nicht gerne berühren lässt und auch in der Therapie eher Frauen bevorzugt („Männern kann ich nicht trauen“), auch zu keiner Gruppentherapie mit Männern zu bewegen

ist, ist es durchaus denkbar, dass er als Kind Misshandlungen, Übergriffen bis hin zu Missbrauch von Männern ausgesetzt war. Berichtet hat er hiervon nichts.

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

Literatur

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

Autorin + Korrespondenzadresse



Dr. med. Elisabeth Friedrichs

Augsburg

Fachärztin für Allgemeinmedizin-Akupunktur-Naturheilverfahren,

NADA-Akupunktur

Acupuncturists Without Borders (AWB)

Dozentin und Beirätin der Medizinischen Gesellschaft für Qigong Yangsheng

Email:

friedrichs@qigong-yangsheng.de

Tel: +49-171-5326940

ungekürzte Fassung aus
Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 2010;53,4:6-11

M. Yarberry

The Use of the NADA Protocol for PTSD in Uganda

Die Anwendung des NADA-Protokolls bei post-traumatischem Stresssyndrom (PTSD) in Uganda

Abstract

Background: The five needle auricular acupuncture technique known as the NADA protocol was originally developed to address issues of addiction. It has since found wider applications in behavioral health, including use in the treatment of Post Traumatic Stress Disorder.

Objective: To optimize applications of the NADA protocol as it is used in communities affected by physical or mental trauma, particularly those residing in developing countries.

Methods: NADA trainings were conducted among refugees from Kenya after the 2007 post-election violence which left hundreds of thousands of persons displaced and traumatized.

Conclusion: Our experience shows that the NADA protocol can have a profound effect on communities experiencing hardship and transition. Elements we found to be important to the success of such trainings include sponsorship by an international agency, contacts among local service-providing organizations, inclusion of community members in decision-making, follow-up communication with all collaborators and participants, and complete flexibility around clearly defined goals.

Zusammenfassung

Hintergrund: Das NADA-Protokoll mit der Nadelung von fünf Ohrpunkten war zunächst für die Therapie von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen entwickelt worden. Seitdem hat sich das therapeutische Spektrum erweitert, so auf dem Gebiet psychischer Störungen allgemein wie auch bei PTSD im Speziellen.

Ziel: Die Erprobung des NADA-Protokolls an Menschen, speziell in Entwicklungsländern, die durch umweltbedingte oder politisch-soziale Katastrophen physische oder psychische Traumata erlitten haben.

Methoden: Nachdem im Jahre 2007 in Kenia die Wahlen zu blutigen Aufständen mit Hunderttausenden von Flüchtlingen geführt hatten, führten wir in Flüchtlingslagern Ausbildungskurse für das NADA-Protokoll durch.

Ergebnis: Unsere Erfahrung zeigt, dass das NADA-Protokoll einen profunden Effekt auf traumatisierte Menschen haben kann, die eine Phase von Not und Flucht hinter sich gebracht haben. Wichtige Voraussetzungen für den Erfolg solcher Ausbildungen sind: Die Unterstützung durch eine internationale Hilfsorganisation, Kontakte zu lokalen Hilfsorganisationen, die Einbeziehung der betroffenen Gemeinschaft in die Entscheidungsschritte, ein Follow-up mit den Mitarbeitern und Beteiligten, sowie ausreichende Flexibilität in der Handhabung klar definierter Ziele.

The National Acupuncture Detoxification Association (NADA) technique is a standardized auricular acupuncture protocol used to address behavioral health including addictions, mental health, and disaster and emotional trauma. Originally developed to treat heroin addiction in an urban setting, NADA use has since expanded, now stretching across the globe into diverse cultural, economic, and social settings. Because the technique is extremely cost effective and flexible, it is particularly valued where resources may be insufficient to meet need. The NADA protocol is of particular relevance in post-disaster settings and as a treatment tool for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

The NADA technique differs from other healthcare tools in its simplicity, and the volume of patients that can receive care with limited resources. Most healthcare workers, particularly in the treatment of PTSD, are required to have significant training and education in order to be effective in the field. By contrast, the NADA technique can be learned in a week's time, and is provided in group settings in which one provider can treat dozens of patients per hour. It should be noted here that in an ideal setting, NADA is provided as part of comprehensive care which includes counseling and other therapies. In hardship areas such as developing countries or post-disaster regions, however, it may be the only form of treatment available specific to PTSD, and as such, has proven an effective treatment method.

While it is valuable to provide short-term treatments in these remote or post-disaster areas, as is performed by volunteers who travel from elsewhere to offer relief, the use of NADA for PTSD is most successful through training of persons who will have ongoing presence in the community. It is for this reason that my colleague in this work, Beth Cole (LAc, NADA RT), and I focus on training members of local communities in the NADA protocol.

Contextual background – a need for treatment

Our initial project addressing PTSD trained local persons to provide NADA treatments to Kenyan refugees in Uganda. Beth and I had met on an international acupuncture project in East Africa, and in December of 2007 I had returned to the continent to train Kenyan healthcare workers in basic acupuncture protocols. The atmosphere in Kenya at that time was charged with anticipation of the upcoming presidential elections, which were held one week after my departure. The results of the elections were widely disputed, and erupted into extensive violence described in vivid terms in international journals such as the New York Times. [1]

Reports varied, but deaths attributed to the post-election violence were generally estimated to exceed one thousand, and hundreds of thousands of persons were



Fig. 1: The UNHCR refugee camp



Fig. 2: First day of training



Fig. 3: Group treatment



Fig. 4: Teens

displaced. As relief workers with experience in the region, an understanding of the NADA protocol's potential in treatment of PTSD, and personal connections to some of those affected, Beth and I immediately began exploring the feasibility of conducting a NADA training that would benefit people affected by the violence in Kenya.

Project Development

Because of on-going security dangers in Kenya itself, we decided to focus our efforts on the thousands of refugees pouring over the border into Uganda. We immediately contacted friends and colleagues in that country for news and suggestions of how to proceed. We were put in touch with a Franciscan nun who ran a school in the border town of Tororo, who in turn connected us with a local man who was volunteering with an organization providing support to a refugee camp set up by the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

While establishing these contacts, we also began collecting supplies for the trip. Acupuncture needles are not available locally, and therefore it was necessary to collect sufficient needles for the training and for ongoing treatments of thousands of people. Through the generosity of several acupuncture supply companies, we were able to collect over 100,000 needles. Although we knew other supplies such as cotton and alcohol were available in Uganda, we anticipated that the influx of a traumatized population was likely to have diminished local availability of medical supplies, and so we gathered what we could of these. We also put together a manual from which to train; essentially a streamlined version of the US NADA organization's 200+ page training manual.

We arrived in Uganda in April, 2008, and made our way to the Southeastern town of Tororo. The Mulanda UNHCR camp was located on the outskirts of town. Even at that time, refugees were continuing to arrive daily, and a host of international non-governmental agencies and community based organizations were coordinating services. Our first step upon arrival at the camp was to visit the UNHCR authorities. We described our project, displayed our credentials, and received permission to proceed with the planned training. Our initial intention had been to train local volunteers of organizations like the Red Cross, who would provide treatments to the camp community, and who would then be equipped to provide treatments in the wake of other emergencies. Upon arriving at the camp, however, we were informed that the refugee camp was to close within days of completion of the training, and all refugees were to be relocated to a permanent settlement camp in another part of the country. This meant that were we to follow through with our original plan to train NGO (Non Government Organization) volunteers, the refugees for whom the treatments

were intended would have no access to them.

We adapted our plan accordingly and instead selected trainees from among the refugees in order that treatments would continue to be available to the displaced community. When the post-election violence had erupted, the residents at the camp had been conducting lives and professions back in Kenya, so we reasoned that among these were many with healthcare and counseling experience who would be appropriate candidates for the training.

First encounters

In our attempt to identify suitable trainees from among the thousands of camp residents, we appealed to community leaders. The camp was divided into 6 blocks, so we called a meeting of the male and female heads of each of these. We offered a basic description of acupuncture, a more specific description of the NADA protocol we were proposing to teach, how we would like to select trainees, and asked for questions. After a lengthy polite and smiling silence, our facilitator suggested we give the leaders time to talk amongst themselves after which we would reconvene. While we waited, our facilitator explained that the social and political structure of the camp community prevented our audience from questioning our proposal or



Fig. 5: Treating a teenage girl

challenging its appropriateness for their community. The leaders, perceiving us as part of an international organization and therefore as authority figures in their current situation, were waiting for us to tell them what they had to do, as one of their primary functions as 'community leaders' was to organize their groups to receive food aid, healthcare, or provide work parties. International aid and relief work is often applied in this hierarchical manner, whereby decisions are made and orders given by people

outside the affected population, resulting in misunderstandings and misapplications.

When we reconvened, we encouraged the leaders to engage us and share reactions to our proposal. After the first tentative hand was raised, the questions came quickly. Among these:

- » Were the needles pushed all the way through the ears and into the brain?
- » Were there powerful chemicals on the needles that we were proposing to inject into their population?
- » Were there religious implications with this treatment?
- » What were Beth & my qualifications?

We answered these and other questions and made some clarifications, then provided a demonstration of the technique after which we answered more questions. We finished by offering a NADA treatment for anyone interested in the experience. When the first few brave block leaders received their needles and didn't fall over dead, others also became curious and eventually the whole group was given the protocol. By the end of the meeting the leaders enthusiastically agreed to notify appropriate persons within their groups who might qualify for trainings, and almost every one among them asked if they, too, could participate in the training. This initial meeting was a wonderful learning experience for us. In subsequent trainings, we have given only a short introduction about the treatment, and followed this with a demonstration of the technique on one another. We encourage questions and discussions, and end with a group treatment. We have found the participatory nature of this program to be the most effective way to clearly communicate the nature of the treatment. We also came to recognize that any of the communities we work with feel victimized by foreign-

ners in the area of healthcare specifically. In East Africa and Haiti both (see article in the next issue), people made allusions to foreign companies or organizations "experimenting" on the local population with negative results, and during most of my trips to these areas there were stories circulating about suspect medical practices of local (as in the case of poisonings or witchcraft) and foreign (such as vaccinations that may be spreading disease, or unqualified persons practicing medicine) origin.

Selecting trainees and training site

We had originally decided to train 10 people in the technique but increased our training group to 20 people when several times this number presented themselves for training. We used as our selection criteria:

- » Previous experience in patient care (healthcare workers, social workers, counselors)
- » Availability to attend the full training session
- » Willingness to provide free treatments to the community after the training
- » Ability to speak and read English

Five or three needles?

Although the standard NADA protocol uses 5 needles, there is a trend in relief work of using only 3 needles per ear, or a total of 6 needles per treatment. This is based on NADA founder Dr. Michael O. Smith's experience of treatment delivery overseas, and subsequent advice to others treating in similar settings [2]. There is a clear advantage in using fewer needles, as the needle supply will treat around 40 % more patients, but is this method as efficacious for the patient?



Fig. 6: Beads for children



Fig. 7: Treating the members of a family

In previous projects involving the application of body acupuncture in East Africa, I had noted that many patients had striking results from treatment, far exceeding those I could expect in my US based clinic. There were numerous examples of truly dramatic improvements in patient conditions using body acupuncture, and I had often wondered about this. My speculations about why this should be range from the regularity and organic nature of our East African patients' lives (whole organic foods, regularly spaced meals, more exercise and time outdoors, less electronic environmental 'noise' such as TV, computers), to the relative lack of healthcare options so that any healthcare interventions yield more spectacular results.

With this in mind, we followed Dr. Smith's advice by training our group in the full 5 needle protocol, but explained the 3 needle strategy of using Sympathetic, Shen Men, and choosing one from among the 3 organ points, usually the Lung point. During the classroom exercises, trainees used all 5 needles on each other for practice, but when we moved into the clinical portion of the training, we advised using only 3 needles per ear. Most patients did receive only 3 needles, but occasionally in our supervisory role we would come across patients with 5 needles per ear. Usually these were friends or family of the trainee doing the needling, who was attempting to provide an extra special treatment for their loved one, with the assumption that 'more is better.' Curiously, almost all of the adverse treatment reactions during the clinical portion of the training were those patients who had received 5 needles. These people most commonly reported headaches, anxiety, and/or racing heart rates, which was alleviated by the removal of some of the needles. Fortunately these adverse effects were rare. The more common adverse reaction in the US is needle shock, a condition occurring after insertion of the needles which presents as

general malaise, cold perspiration, nausea, and, in extreme situations, loss of consciousness. We saw no incidents of this condition during treatments at Mulanda.

Amending the NADA protocol for children

The refugee community included hundreds of children and they, also, came in for treatment. Children could choose whether to receive needles, or the acupressure-style application of ear beads on the points. Many parents described an increase in fear and anxiety in their children since their lives had been disrupted by violence, with experience of nightmares and a significant rise in bed-wetting. For these families living in tents with no electricity or running water, this last symptom was especially vexing, as all clothing and bedding items were hand-washed and sun-dried.

All children received the Shen Men point, used to alleviate stress and anxiety, and for those exhibiting bed-wetting, we added the Kidney point. The Kidneys as perceived in Chinese medicine relate to fear, and control of urinary discharge among other things [3]. After only one treatment, we received feedback from parents that bedwetting was reduced, with incidents decreasing with further treatment. Several people also reported a reduction in fighting among their sons.

"My nephew used to fight every day"
said one woman.

"After the treatments, he just laughs if the other boys tease him, and finds something else to do."

By the end of training, 21 trainees had provided over 500 treatments to their fellow refugees, and received certificates of completion. We held a public celebration for the awarding of certificates to formalize the transition



Fig. 8: The welcome ceremony at the refugee camp – children dancing



Fig. 9: A play put on by high school students about acupuncture



Fig. 10: The author (right) together with her collaborator Beth Cole

of these 21 people from trainees to practitioners, and to introduce them in this new capacity as a community resource. After the ceremony, one trainee-cum-practitioner said

"I am no longer just a refugee. Now I am a graduate."

The following week, the refugees were rolled out of Mulanda in large trucks, traveling across Uganda to a settlement camp they now share with Congolese, Sudanese and Ugandan refugees. The new camp, Kiryandongo, became a permanent home for this Kenyan community, who were allotted plots of land to farm as the Ugandan government absorbed them into their education and healthcare systems. Throughout this transitional period, we maintained contact with the group through a pre-arranged communication ladder and were therefore able to answer treatment questions, clarify protocols, provide additional supplies as needed, and make suggestions to optimize treatment delivery. Permission was soon granted to begin treatment provision to other displaced persons at the camp, and soon the NADA Specialists were providing thousands of treatments per month.

Follow-up site visit

When we returned to the community in December 2008 six months after the initial training, these NADA practitioners had delivered over 18,000 treatments. In an hourslong welcoming ceremony we were regaled with songs, dances, and several plays put on by different community groups, usually depicting lives changed, stresses relieved and general improvements to people's well-being

with the application of the NADA protocol. Our trainees were the last group to perform, and their play was about a man who was always angry, and who spent his days at the bar drinking with loose women then going home to beat his wife. A new face in the bar he frequented told him about acupuncture which was happening "just down the road", and recommended he try it. After receiving treatments, the man found a job and became a loving husband and father. I was curious whether our trainees were suggesting a correlation between NADA treatments and a reduction in domestic violence. The lead actor/trainee said that yes, this play was his own experience, and that it was common for men receiving the treatment to exhibit more peaceful demeanors.

During this play, the trainees performed an actual needling session, in the course of which one actress pretended to have needle shock, with the other actors responding appropriately. Remembering the absolute absence of needle shock during the training session in Mulanda, we asked whether they were seeing a lot of it in the new location. They reported that there had not been one incident in the 18,000 treatments provided, but they had wanted us to see that they remembered what to do if such an occasion presented itself.

We trained several different groups on that first trip in April, including staff at a school for troubled children run by the Franciscan nun who had acted as our initial contact for the Mulanda project. Children at the school were coming from backgrounds such as child soldiers, forced prostitution, and other adversity. Many of them initially reported a history of sleep trouble, including nightmares and insomnia. One child described a dream of lying in a grave watching the dirt being filled in. After several treatments, most of the children reported improvement to general well-being, and a common response was

"I slept like I did when I was a small child"
and

"I feel happy like I did before my parents died."

One nurse mid-wife who trained with the school staff worked in a village health clinic some distance from Tororo. After the training she provided NADA treatments to the families coming to the clinic, and reported that in her dealings with persons expressing suicidal ideation and mental disturbances she found the NADA technique extremely effective in providing a means for the patients to rediscover hope and peace in their lives. Again, in the cases of domestic violence, the NADA technique was helpful for all family members.

Within months of that training, a disturbance arose between two clans in the nurse's region. In a dispute over land use, livestock were killed, crops and huts were set afire, and one woman lost her baby when her home was

burned down. Several families were moved to a camp for internally displaced persons, and guarded by military personnel. The nurse visited the camp to provide NADA treatments, which again proved useful for those who had lost parts of their lives through violence. She also offered the NADA protocol to the soldiers guarding the camp, and these treatments became so popular that she was invited to continue her visits at the request of the soldiers who reported improved sleep, lower stress levels, and decreased cravings for cigarettes and alcohol.

Conclusion

From these experiences, Beth and I recognize that the NADA protocol can have a profound effect on communities experiencing hardship and transition. Elements we found to be important to the success of such trainings include sponsorship by an international agency, contacts among local service-providing organizations, inclusion of community members in decision-making, follow-up communication with all collaborators and participants,

References

1. Gettleman J. *Disputed vote plunges Kenya into bloodshed*. *The New York Times*. (2007, December 31). Retrieved from <http://www.nytimes.com/2007/12/31/world/africa/31kenya.html>
2. Smith MO. *Story of the Development of NADA Protocol*. *NADA International*. 2006;3:1
3. O'Connor J, Bensky D. *Acupuncture, a Comprehensive Text*. Chicago: Eastland Press, 1981

post scriptum

Dear friends from NADA-Austria,

since we last communicated I've continued to support NADA work in Kenya, we've trained medical personnel in Goma, Democratic Republic of Congo, and I spoke and facilitated in April at the Tunisian NADA conference. I also continue to head up a volunteer NADA org here in Hawaii (Hawaii Acupuncture Response Team = HART) that formed to support those affected by volcanic eruptions on the island, and continues to do volunteer work periodically.

Megan Y.



Fig. 11: Adhim Kalala gives a treatment to Modestine Etoy, a fellow trainee at Kyeshoro Hospital in Goma, Democratic Republic of Congo



Fig. 12: Training group in Tunisia (4. von links: Megan Yarberrry)

Author information – STRICTA requirements

Megan Yarberrry

is the Academic Dean of an accredited graduate program of Oriental medicine in Hawaii where she also has a private practice. She holds a Master's degree in Acupuncture and Oriental Medicine and has 15 years of clinical experience. She is a NADA Registered Trainer, and has had NADA specific experience in HIV/AIDS clinics, prisons, mental health clinics, and detox facilities in Oregon and Hawaii. Since 2005 Ms. Yarberrry has provided NADA and other trainings in Kenya, Uganda, and Haiti. Ms. Yarberrry has been awarded by the US NADA organization for her work in East Africa.

LAc, MAOM
Traditional Chinese Medical College of Hawaii
142-b Kinoole Street
Hilo HI 96720
USA
Tel.: 808 / 9 38 26 31
Fax: 808 / 9 69 14 30
yarberrrym@gmail.com



Abb.: Hier finden Sie den Bericht zweier US-Amerikaner, die von der Hilfsorganisation „Acupuncturists without Borders“ zum ersten Mal NADA erhielten und über ihre Glücksgefühle sprachen:
<https://acuwithoutborders.org/new-border-project-video-posted/>

Weitere YouTube-Videos:
<https://www.youtube.com/watch?v=orbtke8lkO0>

NADA Ohrakupunktur bei Traumatisierten (Tagung der deutschen NADA in Berlin 2012):
<https://www.youtube.com/watch?v=lfPy1Pwef3I>

„Glück von innen“

- » Die NADA-Akupunktur bzw. -Akupressur wendet sich nicht gegen eine Substanz oder gegen eine Krankheit.
- » Sie fördert eine innere Achtsamkeit, ein neues und intensives sich-Wahrnehmen, eine Art „Wiederbelebung“, die besonders für Abhängigkeitskranke mit ihrem geschundenen Körper zu einer Erfahrung der Selbstwirksamkeit und damit zu einem neuen Selbstbewusstsein führen kann:

„Die Hilfe steckt primär in mir.“

- » Die Grundbedingung dieser Erfahrungskette ist, dass Zeit gegeben wird. Die KlientInnen der NADA-Therapie sind angehalten, ca. 30 bis 45 Minuten mit den Nadeln / Pflastern zu sitzen und zu spüren.
- » Dieses gestärkte Selbst eröffnet den Weg in eine Welt der Beziehungen:

„Ich bin wer, ich kann was, lass es mich anpacken“

ist nur ein Zwischenschritt.
NADA macht:

„Ich bin wer, ich kann was, lasst es uns anpacken!“

- » Eine immer wieder gemachte Beobachtung: Mit NADA als Gruppentherapie wenden sich Patienten und Patientinnen schneller einer psychotherapeutischen Behandlung zu.

»» NADA gibt Mut Neues zu wagen.



Abb.: Wem die Stunde schlägt:
Der Vorstand anlässlich des zehnjährigen Bestehens der NADA-Austria (2017) vor dem Grazer Uhrturm

Sie möchten sich über die verschiedenen Aspekte zur NADA-Arbeit informieren?

Wir laden Sie ein, unsere Homepage zu besuchen.

www.nada-akupunktur.at

Hier können sie auch diesen Reader kostenfrei zum Selbstaussdruck oder zur Weiterverendung herunterladen

Hier finden Sie auch die Möglichkeit, sich für eine Ausbildung anzumelden.

<https://www.nada-akupunktur.at/ausbildung/buchung.html>

Wollen Sie uns etwas mitteilen? Haben Sie Fragen?
Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter:

Telefon: +43/677/62 62 26 02
dienstags: 14:30 - 16:30 Uhr
E-Mail: kontakt@nada-akupunktur.at

»»» Wir freuen uns von Ihnen zu hören.

Der Vorstand der NADA-Akupunktur Austria

Impressum:

V.S.d.P.:
DDr. Thomas Ots
Obmann
Verein für NADA-Akupunktur Österreich
(NADA-Akupunktur Austria)
Moserwaldweg 11
8042 Graz
ots@daegfa.de